364

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE PLON FRÈRES,
RUE DE VAUGIRARD, 36.

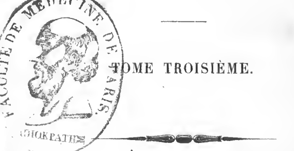
BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1852-1853.



TOME TROISIÈME.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1853

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

N

O

P

R

S

T

U

V

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE.



Séance du 7 *juillet* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, et avant d'installer les nouveaux membres du bureau, M. Larrey adresse le discours suivant à la Société :

Messieurs et chers collègues,

Lorsque vous avez bien voulu m'appeler par vos suffrages à l'honneur de présider la Société de chirurgie, vous avez peut-être trop présumé de ce que je pouvais faire, en me confiant une tâche parfois difficile ou délicate à remplir. J'avais acquis par moi-même trop peu de droits à tant de bienveillance de votre part, et je devais en être d'autant plus reconnaissant envers vous. Mais si en commençant cette tâche il ne m'a été permis de vous offrir que des promesses de zèle, puissé-je, en la terminant, vous prouver mes efforts et mériter votre approbation ; c'est ce que je désire au moment de céder le fauteuil à mon honorable successeur (1).

Fidèle à suivre l'exemple de plusieurs d'entre vous, mes chers collègues, et en dernier lieu de celui qui est resté mon modèle (2), je vous dois compte de la mission que vous m'avez confiée.

(1) M. Guersant. — (2) M. Danyau.

Elle m'a paru facile, grâce à votre obligeant concours et à votre sympathique assistance.

La Société de chirurgie de Paris, en acquérant dans le monde médical une position qui atteste de plus en plus son importance, semble compter une origine ancienne, tant elle possède déjà une vie active et durable. Le projet de sa fondation remonte à dix ans à peine et ne s'est réalisé qu'au mois d'août 1843. L'honneur en appartient à plusieurs d'entre vous, messieurs; et, malgré les difficultés d'exécution, malgré les embarras de détail, malgré les sentiments d'indifférence, de prévention ou de jalousie, vous avez surmonté tous les obstacles à votre utile projet.

« La fusion des diverses sections de la médecine (comme il est » dit dans l'avant-propos de vos mémoires) avait en effet enlevé » aux chirurgiens la seule réunion spéciale créée depuis la sup- » pression de l'Académie de chirurgie; » et vous avez voulu instituer, non avec éclat, une académie nouvelle, mais avec réserve, une Société laborieuse vouée à l'étude et au perfectionnement de notre art. Il suffit aujourd'hui de juger votre Société par ses œuvres pour comprendre qu'elle n'avait pas, comme on a pu le supposer, la prétention étrange de renouveler l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie.

La *Société médicale des hôpitaux*, en s'organisant à l'instar de la Société de chirurgie, lui a donné elle-même un digne témoignage d'émulation, un généreux sentiment de confraternité qui les honore l'une et l'autre.

Votre Société, messieurs, a su acquérir des suffrages qui lui avaient manqué à son origine en attirant à elle la plupart des hommes considérables de la chirurgie, pour recevoir d'eux, avec l'appui de leur renommée, l'autorité de leur expérience. Bien peu encore restent éloignés d'ici et devraient cependant s'y trouver, puisqu'ils se rapprochent de nous par l'exemple de leurs honorables collègues de l'Institut, de l'Académie, de la Faculté; puisqu'ils se mêlent à nos travaux par la propagation de leurs idées, de leurs écrits et de leurs leçons. N'est-il pas permis d'espérer que la Société de chirurgie les rassemblera dans son sein?

Les noms seuls de ses fondateurs auraient suffi pour la constituer d'une manière durable; mais sans les citer, puisque je m'adresse à vous, mes chers collègues, je rappellerai du moins celui

auquel nous devons un souvenir à part. Ce nom, chacun de vous l'a prononcé : c'est celui d'Auguste Bérard, qui avait offert à la Société créée par vous les brillantes facultés de son intelligence chirurgicale. Il avait, le premier, présidé vos réunions, auxquelles il a su imprimer dès le début une direction si régulière qu'il n'a pour ainsi dire laissé d'autre tâche à ses successeurs qu'une ligne toute tracée à suivre.

Une voix intime et plus autorisée que la mienne vous fera entendre l'éloge de celui dont nous avons déploré la perte prématurée ; elle vous rappellera ce qu'il a fait ; et, dans l'analyse de ses travaux épars, elle vous dira que la réunion seule de ses thèses formerait un recueil plein d'intérêt, comme la réunion de ses articles ou mémoires de chirurgie composerait un autre recueil empreint des qualités de cet esprit pratique si judicieux. Cette voix sera celle du savant collègue (1) que Bérard avait choisi pour collaborateur du grand ouvrage à la tête duquel son nom restera désormais attaché.

Mais nos regrets, messieurs, attendent une légitime consolation : si Auguste Bérard n'est plus parmi nous, son illustre frère, ancien chirurgien des hôpitaux, élevé aujourd'hui à la plus haute dignité de la carrière médicale, a l'intention de vous demander le titre de membre honoraire. M. le professeur P. Bérard a bien voulu m'en parler plusieurs fois dans ce sens, et il ne me blâmera pas, je l'espère, de l'avoir désigné d'avance à votre acclamation.

Nous aurons eu déjà l'honneur, dans cette seule année, d'inscrire sur la même liste les noms de MM. les professeurs Roux, Lallemand, J. Cloquet et Gerdy, c'est-à-dire ce que l'expérienee, le savoir, le talent et le caractère peuvent compter aujourd'hui de plus recommandable parmi les hommes éminents de la chirurgie française.

Et cette liste, qui se remplira encore de noms célèbres, n'oublions pas, messieurs, qu'elle s'est ouverte par un nom vénéré de tous, resté seul inscrit pendant longtemps, il faut bien le dire, comme un signe d'encouragement pour l'institution de la Société de chirurgie. J'aurais mauvaise grâce à répéter, même en peu de

(1) M. Denonvilliers.

mots, un éloge que l'un de vous (1) a su si bien faire, puisqu'il a laissé parler son cœur en racontant ses souvenirs et les nôtres. Le nom de Marjolin n'a plus besoin de louanges. Mais que ce buste placé désormais sous nos yeux, que cette œuvre due au talent et à l'amitié d'un artiste habile (2), que cette image offerte par la veuve respectable et par les dignes fils de notre ancien maître, que ce souvenir enfin, chers collègues, reste au milieu de nous comme un témoignage de nos sentiments, comme un symbole de nos travaux, comme un lien d'union entre nous tous.

« La Société de chirurgie, comme le disait déjà l'un de mes ho-
» norables prédécesseurs à cette présidence (3), est dans une voie de
» prospérité qui doit récompenser vos efforts et votre persévérance. »

Si nous avons vu avec peine se séparer de nos travaux actifs deux de nos collègues titulaires (4), empêchés d'assister régulièrement à nos séances, espérons, qu'à titre de membres honoraires, ils y reviendront souvent.

Ils trouveront, non pas à leurs places, mais à leurs côtés, les deux titulaires élus récemment : l'un (5), qui par sa position à la tête du Musée Dupuytren, est à même de rendre d'utiles services à la Société de chirurgie; l'autre (6), qui a déjà fait ses preuves envers elle dans des comptes-rendus de ses séances.

Joignez à ces nominations de l'année, celles des nouveaux correspondants nationaux dont les noms seuls disent tout le mérite : MM. Sédillot (de Strasbourg), Gensoul, Pravaz et Bonnet (de Lyon), Payan (d'Aix), Vial (de Saint-Etienne), Fleury, de la marine, sans qu'il soit permis d'y ajouter encore quelques-uns de ceux dont la candidature est désignée à vos suffrages.

Joignez, enfin, à vos associés étrangers les noms de MM. Seutin (de Bruxelles), Birkett (de Londres), Borelli (de Turin). Et si vous voulez faire plus (je n'ose dire si vous voulez faire mieux), par la simple modification d'un article du règlement, n'attendez pas que certaines illustrations de la chirurgie étrangère viennent à vous; allez au-devant d'elles en leur offrant un titre qu'elles ne croiraient pas devoir vous demander, mais qu'elles accepteront, soyez-en

---

(1) M Monod. — (2) M. Dantan jeune. — (3) M. Cullérier. — (4) MM. Ricord et Vidal (de Cassis). — (5) M. Houel. — (6) M. Laborie.

sûrs, avec reconnaissance. La Société de chirurgie de Paris ferait acte en cela de généreuse confraternité, et elle acquerrait au loin par ses relations scientifiques le rang qu'elle a gagné en France par ses propres œuvres.

N'oublions pas cependant qu'elle avait reçu à son origine et pour son installation le bienveillant appui du premier magistrat de la cité. M. le préfet de la Seine, en encourageant vos travaux de tout son pouvoir, avait mis à votre disposition l'une des salles de l'Hôtel-de-Ville, et c'est là que se sont passées les premières années de vos séances, jusqu'à ce que l'agitation révolutionnaire vous en ait écartés (1).

La modeste salle devenue le lieu de nos réunions nous obligera peut-être à chercher plus tard un local plus vaste et plus exclusivement à nous; mais sachons, en attendant, apprécier celui-ci. N'appartient-il pas à l'une des sociétés savantes les plus anciennes et les plus honorées, à la *Société philomathique*, d'où sont sortis les Cuvier, les Geoffroy Saint-Hilaire, les Blainville, les Jussieu, les Duméril et bien d'autres illustrations? C'est ici, chers collègues, au foyer de la science, que nous pouvons, chaque semaine, nous reposer des soucis du dehors et des labeurs de notre profession pour retrouver entre nous cette franchise de rapports, cette communauté d'intérêts qui doivent nous unir en nous rapprochant davantage.

Vous parler maintenant de vos travaux, ce serait emprunter aux séances elles-mêmes tout ce qu'elles vous ont libéralement donné; il ne m'est pas permis de le faire complétement.

Il me suffira de vous rappeler d'abord que les procès-verbaux des premières années sont restés inédits, et qu'ils contiennent en deux grands registres une collection de matériaux utiles à publier plus tard; vous ne voudrez pas en laisser le soin à d'autres, en songeant que, si nous y sommes tous intéressés, il appartient plus encore aux membres fondateurs de la Société de se préoccuper d'une publication à laquelle se rattachera si souvent le nom de chacun d'eux.

Il me suffira également de rappeler à votre souvenir que les *Ar-*

(1) La Société de chirurgie a depuis longtemps rendu à M. le comte de Rambuteau un hommage de gratitude, que je suis personnellement heureux de lui adresser encore dans la retraite où il vit aujourd'hui.

chives générales de médecine ont donné place à vos premiers écrits, jusqu'à ce que l'existence de la Société ait été assez bien constituée pour faire vivre elle-même le produit de ses œuvres.

De là est issue l'impression de vos mémoires, entreprise difficile au début, hasardeuse peut-être, si elle n'avait eu pour elle le mémorable modèle des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, la valeur des travaux destinés à paraître, le zèle intelligent et dévoué de l'éditeur (1), la surveillance aussi active qu'éclairée de votre comité de publication, la part commune enfin que vous avez prise à cet ouvrage pour lui assurer un mérite réel de typographie et une incontestable valeur scientifique. Une simple indication des mémoires contenus dans les deux premiers volumes n'en donnerait point l'idée, et une analyse sérieuse serait trop longue ici ; elle trouvera sa place ailleurs plus à propos. Ajoutons seulement que le troisième volume est commencé et que, d'après son premier fascicule, il s'annonce sous d'aussi favorables auspices.

A la publication annuelle de vos mémoires vous avez joint la publication hebdomadaire de vos bulletins ou procès-verbaux des séances, dont la rédaction exacte et bien faite est une des conditions essentielles à la vie des sociétés savantes.

Le deuxième volume de ces bulletins va paraître; il abonde, comme le premier, en faits variés, intéressants, et promet à la science un vaste répertoire de matériaux destinés peut-être à l'édification de quelque grand ouvrage sur la chirurgie.

Les bulletins insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* y trouvent, chaque semaine, une large place que leur réserve soigneusement M. le rédacteur en chef.

L'*Union médicale*, de son côté, a donné depuis longtemps, sous forme de comptes-rendus, une appréciation spéciale des séances de la Société de chirurgie.

L'un de nos honorables collègues, dans la direction du *Bulletin de thérapeutique*, contribue aussi à faire connaître quelques-unes de vos communications les plus intéressantes. C'est ce que veut bien faire enfin quelquefois, dans la *Revue médico-chirurgicale*, l'élo-

---

(1) M. Victor Masson.

quent professeur (1) dont le nom est inscrit parmi les anciens membres de la Société, à côté d'un autre (2) que nous ne voudrions pas voir non plus s'effacer parmi nous.

Tant de moyens de publicité, messieurs et chers collègues, assurent à vos travaux une valeur de plus. Mémoires originaux, observations cliniques, communications diverses, rapports écrits ou verbaux, objets de correspondance, présentations de malades, démonstrations de pièces pathologiques ou d'instruments, discussions enfin sur chaque chose, vous avez su faire profiter tout à l'art et à la science.

La Société a reçu, cette année, des dons de livres assez nombreux; il en est quelques-uns d'un grand prix, et plusieurs ont été donnés par vous-mêmes. Registres, inventaire, catalogue, toutes les pièces de vos archives sont tenues avec un soin dont nous devons remercier celui d'entre nous qui a bien voulu s'en charger (3).

Je vous proposerais encore, chers collègues, d'adresser des félicitations à notre intelligent secrétaire (4) pour la rédaction des procès-verbaux, à notre honorable trésorier (5) pour la gestion des comptes, aux laborieux membres du comité de publication (6), s'il n'y avait dans la pensée de chacun de nous une satisfaction plus grande que celle d'un compliment banal, la satisfaction d'un devoir accompli avec conscience.

Ce n'est pas seulement au sein de la Société que ses intérêts scientifiques ont été l'objet de votre sollicitude; elle s'est étendue au dehors, et c'est surtout par l'entremise de l'un d'entre vous (7) qu'il nous a été possible de faire avec l'Angleterre de précieux échanges de nos publications. Nommer le *Royal medical and chirurgical Society de Londres* et le *Provincial medical and surgical Society;* désigner les travaux du *Royal college of surgeons of England*, et ceux du service de santé des armées britanniques, c'est rattacher ces envois à des sociétés ou corporations d'une trop grande importance, pour ne point les rappeler à votre souvenir.

Nous avons l'espoir d'obtenir ainsi, à titre d'échange avec les

(1) M. Malgaigne. — (2) M. Laugier. — (3) M. R. Marjolin. — (4) M. Demarquay. — (5) M. Debout. — (6) MM. Cullerier, Chassaignac et Gosselin.— (7) M. Giraldès.

bulletins, les *comptes-rendus de l'Académie des sciences.* Vos mémoires lui ont été offerts par l'obligeant intermédiaire de M. le professeur Roux, qui a bien voulu en faire une analyse sommaire, en les déposant sur le bureau de l'Institut.

L'Académie de médecine, qui a reçu également vos mémoires, nous a envoyé le dernier volume des siens ; son conseil d'administration pourra peut-être y faire joindre les *bulletins de l'Académie.*

Le conseil de santé des armées a obtenu de M. le ministre de la guerre, pour l'école du Val-de-Grâce, un abonnement à la double publication de vos travaux ; de même que M. le ministre de la marine a ordonné que trois exemplaires fussent destinés aux bibliothèques des principales écoles de son département.

Le ministère de l'instruction publique, qui déjà plusieurs fois avait accordé à la Société de chirurgie un intérêt réel et des encouragements efficaces, s'est montré, cette année, non moins généreux envers elle, en lui attribuant une somme nouvelle à titre de subvention.

Lorsqu'elle sera reconnue par le pouvoir comme établissement d'utilité publique, et nous devons l'espérer, la Société de chirurgie de Paris, devenue forte et grande après une dizaine d'années d'une existence prospère, aura bien mérité de prendre rang officiel parmi les sociétés savantes de France, ne fût-ce que pour avoir le droit de recevoir les dons de la fortune, qui lui manque encore, comme elle peut s'enrichir des largesses de la science, qui ne lui manquera jamais.

J'ai encore, chers collègues, à vous rappeler un devoir dont le règlement nous fait d'ailleurs une obligation formelle ; c'est que votre secrétaire vous présente, chaque année, un état général ou compte-rendu de vos travaux. Les matériaux abondent, et si, après avoir été rassemblés exactement dans les procès-verbaux, ils en étaient extraits pour former un tableau d'ensemble, sorte de revue rétrospective et méthodique, ce serait, et vous le pensez comme moi sans doute, un nouvel élément d'activité pour la Société de chirurgie. J'avais préparé moi-même cet état, et j'aurais pu le terminer pour vous en soumettre la lecture, si je n'avais craint d'outre-passer les attributions que vous avez bien voulu me confier. Nous aurions ainsi successivement passé en revue tous les faits intéressants communiqués ou discutés ici pendant cette ré-

cente période, et comprenant des questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, de médecine opératoire, d'obstétrique et surtout de clinique externe. Mais ce relevé général sera mieux et plus complètement fait par notre zélé secrétaire, s'il veut attendre que la Société soit parvenue au terme de la dixième année de son existence, pour résumer les travaux de cette décade entière.

Ce sera l'occasion, mes chers collègues, de remettre en vigueur l'un des articles essentiels du règlement, à savoir: la question du prix annuel à décerner, et l'impression ensuite du mémoire qui l'aura obtenu.

Ce sera de même l'occasion d'instituer dignement la séance publique, soit en la reportant, si vous le jugez bon, au premier mercredi de l'année, soit en la fixant au jour anniversaire de votre installation. La Société en décidera ultérieurement.

Il ne me reste plus, messieurs et chers collègues, qu'à m'excuser auprès de vous de la longueur de ce discours. Je n'en ai pas mesuré l'étendue, parce que j'avais à vous parler de vous-mêmes, en vous parlant de ce qui est votre œuvre et votre bien ; tandis que j'aurais eu peu de chose à vous dire s'il m'eût fallu vous parler de moi.

Vous me permettrez seulement, pour finir, d'exprimer un vœu qui est dans notre pensée à tous, et qui se trouve inscrit sur le frontispice de vos mémoires ; c'est que tous nos efforts, toutes nos volontés s'unissent pour que la Société de chirurgie de Paris, « à » l'exemple de l'illustre Académie royale de chirurgie, puisse ho- » norer, faire respecter l'art, et prouver son amour pour la science » en la voulant pure et vraie.

» Puisse-t-elle ainsi justifier sa devise :

» *Vérité dans la science, moralité dans l'art!* »

Après la lecture de ce discours, qui a été accueilli de la manière la plus sympathique par la Société, M. Larrey invite les membres du bureau récemment élus à prendre leurs places.

— M. Guersant adresse quelques paroles de remercîments à la Société, et demande l'insertion du discours de M. Larrey dans les comptes-rendus de la Société.

— Sur la proposition de plusieurs membres, des remercîments sont votés pour les membres du bureau dont les fonctions expirent.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, annonçant qu'une somme de 500 fr. est accordée à titre d'encouragement à la Société pour l'année 1852 ;

2° Une lettre de M. le docteur Chapel, chirurgien en chef des hôpitaux de Saint-Malo. Cette lettre est accompagnée d'une observation de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique. Une commission composée de MM. Larrey, Morel-Lavallée et Guersant est chargée de rendre compte de ce travail.

3° M. Ferdinand Martin adresse à la Société une observation d'altération pathologique des os du pied. MM. Denonvilliers, Gosselin et Houel seront chargés d'examiner la pièce et d'en rendre compte à la Société.

Hydarthrose du genou.

M. Gosselin lit un rapport sur un cas remarquable d'hydarthrose du genou compliquée de lésions articulaires multiples et de la présence de corps étrangers intra-articulaires.

Après avoir fait ressortir tout ce que cette communication, communiquée par M. de Verneuil, offre d'intéressant, il insiste pour qu'elle soit renvoyée au comité de publication.

La proposition de M. Gosselin est adoptée.

Appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Lenoir, Maisonneuve et Chassaignac, un rapport sur le travail présenté par M. Follin au sujet d'un appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

Après avoir insisté sur l'importance des moyens qui accroissent la puissance diagnostique du chirurgien, et sur l'utilité spéciale de ces moyens dans une classe d'affections aussi obscures que le groupe des amauroses et amblyopies rétiniennes, le rapporteur expose en quoi consiste l'appareil de M. Follin, quels sont les résultats obtenus par cet appareil, et ce qu'était l'état de la science sur cette question.

Voici les conclusions du rapport :

1° Les perfectionnements apportés par MM. Follin et Nachet à l'ingénieux et savant appareil du professeur Helmoltz permettent de rendre usuel dans la pratique un moyen précieux d'éclairer le fond de l'œil.

2° A l'aide de cet appareil, on distingue très nettement l'état de la vascularisation rétinienne.

3° Certaines opacités, et notamment celles qui dépendent d'un dépôt pigmentaire sur l'appareil cristallinien, peuvent être, sinon exclusivement perçues au moyen de l'instrument, du moins confirmées, quand on en a eu la perception moins distincte à l'œil nu.

4° On comprend que les varices, ecchymoses, cancers commençant de la rétine puissent être reconnus au moyen de cet instrument; mais jusqu'ici la commission de la Société de chirurgie n'en a constaté aucun exemple.

5° Il ressort des études faites par la commission, et conformément aux prévisions des auteurs de l'appareil, que, si les cristallins cataractés ont été déplacés par l'abaissement ou enlevés par l'extraction, l'appareil cesse d'éclairer le fond de l'œil.

Ainsi, d'après la commission, alors même qu'on réduirait l'utilité de l'instrument présenté par MM. Follin et Nachet aux seuls cas dans lesquels la commission a rigoureusement constaté son emploi efficace, il y aurait déjà un service réel rendu à la science par l'appropriation aux besoins de la pratique d'un moyen d'étude encore peu usité.

La commission, rappelant qu'indépendamment de ce titre, M. Follin a déjà publié des travaux dont elle donne l'énumération, et qui se recommandent par la précision des résultats et le talent d'observation qu'ils supposent, propose à la Société de chirurgie :

1° D'insérer le travail de M. Follin parmi les mémoires de la Société;

2° D'admettre M. Follin comme membre titulaire.

M. Robert pense que ce moyen n'a pas encore tous les avantages qu'on pourrait désirer pour élucider des questions difficiles de diagnostic dans les maladies de l'œil; peut-être même donnerait-il la préférence à la loupe comme moyen d'investigation, surtout dans les affections du cristallin. Sous ce rapport, il trouve préférable l'usage de la lumière seule, comme Sanson en avait donné l'exem-

ple. Bien plus, si on ne rectifiait pas par l'inspection simple l'examen que l'on a fait au moyen de l'instrument proposé par M. Follin, on risquerait de commettre des erreurs. Il y a, du reste, des affections de la rétine, comme le cancer, etc., qu'on peut voir sans le secours d'aucun instrument.

Il eût été important de connaître comment, à l'aide de ce nouveau moyen, on pouvait distinguer les affections qui sont propres à la rétine de celles qui sont propres à la choroïde? Il eût été bon de connaître également si, dans le glaucome, l'altération avait son siége dans la choroïde, comme l'a pensé M. Sichel, et si la teinte verdâtre qu'on observe a bien son siége dans cette membrane? Dans l'état actuel, il faudrait peut-être s'exprimer avec plus de réserve sur la valeur des signes fournis par ce nouveau moyen.

M. Chassaignac trouve l'objection de M. Robert fondée; malgré la transparence de la rétine, il est bien difficile, quant à présent, de dire que l'on peut préciser ce qui lui appartient en propre; cependant, dans l'état habituel, on peut voir que la rétine est assez généralement rouge, et on peut distinguer la forme de ses vaisseaux.

M. Giraldès dit que dans l'état normal la rétine est transparente comme du cristal de roche; du moment qu'on vient à dire qu'elle est pâle, c'est qu'elle est malade ou qu'il se produit un effet particulier par suite de l'emploi de l'instrument.

M. Chassaignac croit que la rétine est cendrée comme la substance nerveuse; mais, suivant certaines circonstances, ses vaisseaux deviennent plus ou moins apparents; il ne faut donc pas s'étonner si quelquefois elle semble pâle, tandis que d'autres fois elle est d'un rouge vif, et qu'on distingue tellement bien les vaisseaux qu'il serait facile de reconnaître une ecchymose.

M. Giraldès insiste de nouveau sur ce point, que la rétine est transparente; et à l'appui de cette opinion, il ajoute que, lorsqu'il existe une fausse membrane entre la rétine et la choroïde, on s'en aperçoit facilement.

M. Denonvilliers croit que M. Chassaignac s'est peut-être laissé trop facilement séduire par les vues de l'auteur; il aurait désiré trouver dans le rapport dans quelle étendue on voit la rétine, quelle est la forme du réseau vasculaire, la largeur, la forme des mailles, la grosseur des vaisseaux. Ces données seraient utiles pour

ceux qui voudraient se servir de l'instrument. Quant à lui, il a examiné des rétines avec M. Follin, et il a tout simplement vu deux ou trois vaisseaux qui se bifurquaient ; il serait très important de connaître si divers examens donnent toujours un même résultat. Quelles sont les conditions favorables pour bien examiner l'œil ? Quelle est la différence entre les taches du cristallin et les taches de la rétine ? Peut-on à l'aide de ce nouveau moyen examiner plusieurs des membranes de l'œil, ou simplement la rétine ?

M. Chassaignac aurait bien désiré aussi que toutes ces lacunes fussent comblées ; mais son rôle de rapporteur a dû se borner à constater si les faits énoncés par M. Follin étaient exacts. Pour cela, il a répété seul ou avec M. Follin toutes les expériences, et il a vu que les faits étaient tels qu'ils avaient été énoncés. Il ajoute seulement que ce moyen d'investigation, qui peut rendre de grands services, est encore dans son enfance. Ce n'est que plus tard, à mesure que l'on se trouvera en présence de certaines affections, que l'on pourra convenablement juger toute sa portée.

M. Gosselin a fait aussi quelques essais avec le nouvel appareil de M. Follin. Il comprend facilement pourquoi ce dernier a désigné la rétine comme étant le siége de cette injection qui lui donne l'aspect d'une tache d'un rouge vif. C'est qu'en examinant des individus qui s'y prêtent, on voit des vaisseaux qui ont une disposition analogue à celle de l'artère centrale de la rétine. Il ne pense pas que la rétine soit aussi transparente que le dit M. Giraldès. Il faut dire aussi que l'aspect de la rétine varie suivant les sujets lorsqu'ils sont dans un état de congestion, on ne voit qu'un fond rouge sans mailles ; chez quelques-uns où le fond n'est que rosé, on voit les mailles. Ce sont ces motifs qui ont porté M. Follin à penser que l'injection vasculaire qu'il voyait dépendait de la rétine et non de la choroïde. Du reste, bien que le travail de M. Follin ne soit pas encore complet, il faut regarder le moyen d'investigation qu'il propose comme un moyen précieux pour l'avenir dans l'étude de l'ophthalmologie. Rien en effet ne nous prouve que l'on connaisse bien aujourd'hui l'histoire de l'inflammation de la rétine. L'anatomie pathologique sur ce point est loin d'être faite ; on sait qu'il y a des troubles dans la vision ; mais est-ce simplement de la photophobie, ou existe-t-il un obstacle matériel dans le fond de l'œil ?

Il y a là un point de doute qui pourra plus tard être éclairci à l'aide de ce miroir, comme beaucoup d'autres lésions de la rétine ou de la choroïde. Il ajoute que, depuis que le premier travail de M. Follin a été soumis à la Société, ce dernier a fait de nouvelles recherches sur l'iritis, et voici ce qui a été observé dans deux cas où il n'y avait pas de photophobie, et où on expliquait la perte de la vision par un état congestif. On a trouvé un fond noir-ardoisé non vasculaire.

M. Giraldès demande à M. Gosselin pourquoi il n'admet pas que la rétine soit réellement transparente.

M. Gosselin dit qu'il l'a toujours trouvée grise sur les cadavres; qu'elle est loin d'avoir la même transparence que le cristallin.

M. Giraldès dit que la transparence ne peut être observée qu'immédiatement après la mort, et qu'il faut éviter de faire cette recherche dans un milieu humide, car elle diminue.

M. Gosselin répond qu'il se fonde sur ce qu'il a vu chez des animaux récemment abattus.

M. Robert dit que la rétine a bien de la transparence, mais pas à un degré aussi prononcé que M. Giraldès le dit.

M. Denonvilliers a vu trop de différences dans les yeux qu'il a observés, pour ne pas désirer qu'on établisse quel est l'état normal de la rétine.

M. Chassaignac reconnaît, comme divers membres de la Société, que le procédé de M. Follin laisse encore beaucoup de points en litige; mais il n'était pas du ressort de la commission de combler ces lacunes. Elle a dû se borner à rechercher : 1° si ce que M. Follin avait annoncé était exact; 2° si le nouveau moyen, appliqué à d'autres cas que ceux observés par l'auteur, pouvait être utile dans les recherches cliniques. C'est à ce travail qu'elle s'est livrée, et elle n'hésite pas à dire que, bien que ce moyen ingénieux soit encore dans son enfance, il promet d'heureux résultats. Il faut donc faire en sorte de le rendre d'un emploi plus général, pour que chacun puisse ensuite communiquer le résultat de ses recherches.

Le secrétaire de la Société.

Séance du 14 juillet 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

PRÉSENTATIONS.

Rupture probable d'un des corps caverneux de la verge.

M. Boinet présente à la Société un malade qui, dans des efforts violents près d'une femme, paraît s'être rompu un des corps caverneux; il résulte de la cicatrice vicieuse que l'érection ne se fait plus d'une manière normale.

M. X..., qui a quarante-deux ans, est d'une forte constitution; il n'aurait eu dans sa vie d'autre indisposition que cinq ou six blennorrhagies et un chancre; ces affections remontent à dix ans; un traitement mercuriel a été suivi par le malade.

Il y a trois mois environ, il rencontra des obstacles insurmontables à l'accomplissement des rapports sexuels, et, dans un violent effort pour les vaincre, il ressentit une douleur assez vive dans le pénis; l'éjaculation eut lieu sans écoulement de sang; sur le moment, aucun autre accident n'arriva; mais le lendemain, il s'aperçut que la verge était plus volumineuse, qu'une partie du prépuce était gonflée, infiltrée de sang. L'écoulement de l'urine était normal; pas de douleur dans la verge. Ce ne fut que huit jours après, en urinant, qu'il sentit au côté droit de la verge, vers le milieu, une sorte d'induration; et, lorsqu'une quinzaine de jours après il voulut avoir des rapports sexuels, il reconnut, à son grand étonnement, qu'il ne pouvait y parvenir, parce que le pénis en érection était tordu d'une manière toute bizarre; il était presque coudé à angle droit sur la partie latérale droite. Un confrère, consulté à cette époque, conseilla l'usage de bougies en gomme élastique.

Depuis cette époque, l'érection, qui est très fréquente, présente toujours les mêmes phénomènes; elle est bornée au corps caverneux gauche et à la partie inférieure du corps caverneux droit. Lorsque le pénis n'est pas en érection, on sent vers la racine du corps caverneux droit une petite induration, allongée transversale-

ment, élastique, non douloureuse au toucher et assez bien limitée.

Au commencement de l'érection, le malade remarque que la verge éprouve d'abord une courbure en avant, puis ensuite une courbure latérale droite; il éprouve alors dans le corps caverneux gauche et à droite dans le point où existe la petite tumeur indurée des tiraillements assez prononcés.

Dans le moment de l'érection, l'induration se trouve placée à un centimètre environ au-dessous de la base du gland : c'est là que se fait la courbure du pénis. Le canal de l'urètre est parfaitement libre; la miction et l'éjaculation se font normalement.

Les phénomènes offerts par le malade sont-ils dus à la cicatrice du corps caverneux rompu, ou bien sont-ils le résultat d'une induration vénérienne des corps caverneux? Ce sont ces questions que M. Boinet soumet à la Société et qu'il serait important de résoudre dans l'intérêt du malade. Car il est évident que si cette induration du corps caverneux reconnaît pour cause la rupture du pénis, le malade devra ne rien faire, s'abstenir de tout traitement et vivre avec son infirmité. Dans le cas, au contraire, où cette induration serait syphilitique, il y aurait indication de soumettre le malade à un traitement spécifique. Ce qui fait pencher M. Boinet pour cette dernière opinion, c'est que le malade avoue avoir eu un chancre et cinq ou six écoulements; néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que l'accident s'est produit brusquement il y a trois mois. Y aurait-il eu là prédisposition syphilitique mise en évidence par un accident? C'est encore une question; du reste, en supposant même une erreur dans la cause, il n'y a aucun inconvénient à soumettre de nouveau le malade à un traitement régulier.

D'après les recherches faites par M. Boinet dans les auteurs qui ont parlé de l'induration des corps caverneux, ils sont généralement disposés à regarder cette affection comme étant de nature syphilitique.

Ablations de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége.

M. Chassaignac présente à la Société un malade qui doit subir pour la cinquième fois l'ablation de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége, à la région sous-claviculaire gauche. Cet homme, qui, malgré tant de récidives et d'opérations, paraît

jouir aujourd'hui encore d'une constitution excellente, doit être soumis cette fois à l'application d'un procédé autoplastique ayant pour objet de recouvrir la perte de substance résultant de l'ablation par un lambeau emprunté aux parties voisines. Voici la date des opérations déjà pratiquées : en septembre 1849, en décembre 1850, en juillet 1851, en janvier 1852; enfin, la récidive actuelle date des premiers jours de juin 1852. Il y a donc eu entre la première opération et la seconde quatorze mois d'intervalle, puis entre les trois autres opérations des intervalles de six mois seulement.

Réduction d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.

M. Marjolin présente un malade chez lequel il a eu occasion de réduire une luxation de l'épaule datant de plusieurs jours et compliquée de fracture de la partie supérieure de l'humérus.

Ce malade, qui est âgé de trente-sept ans, est sujet à des étourdissements; dans le courant du mois de mars, étant à travailler aux champs, il fut pris subitement d'un vertige et tomba : lorsqu'il reprit ses sens, il sentit une vive douleur dans l'épaule droite et s'aperçut que son bras était gêné dans ses mouvements; il y avait impossibilité de porter la main à la tête et de rapprocher le coude du corps.

Cet homme, dont l'intelligence est assez bornée, nous dit qu'il avait consulté plusieurs médecins des environs d'Amiens, mais qu'aucun n'avait pu le soulager; voyant que la douleur augmentait et que son bras enflait, il se décida à venir à Paris. Lorsqu'il entra à l'hôpital, l'interne de garde reconnut une luxation sous-coracoïdienne et fit quelques tentatives de réduction sans pouvoir y parvenir.

Le lendemain, lorsque M. Marjolin le vit à sa visite, l'épaule était douloureuse, tuméfiée; il n'était pas possible de méconnaître l'existence d'une luxation; mais comme le malade était très fatigué, il se contenta de prescrire un bain et des applications émollientes; ce ne fut qu'au bout de trois jours qu'il procéda à la réduction; il y avait alors huit jours que l'accident était arrivé. Ce fut l'ancien procédé qui fut mis en usage : dans une première tentative, la réduction ne fut pas opérée, mais la tête de l'humérus fut déplacée, de telle sorte que la luxation fut convertie en luxation directe en

bas. A la seconde tentative, on entendit distinctement le bruit de la tête rentrant dans la cavité glénoïde; en effet, la tête de l'humérus occupait sa place habituelle; mais voici ce qui eut lieu : malgré la réduction, le malade ne pouvait pas bien se servir de son bras; les mouvements d'élévation étaient à peine possibles, et de plus le deltoïde était tellement aplati que quelques personnes crurent que la luxation n'était pas réduite; on pouvait cependant se convaincre du contraire : 1° parce que la tête de l'humérus n'était plus dans le creux de l'aisselle; 2° parce qu'elle occupait bien sa place normale et qu'on pouvait lui imprimer des mouvements de rotation. Mais, en même temps qu'on imprimait divers mouvements à l'humérus, ou percevait une crépitation parfois sensible à l'ouïe; cette crépitation n'était pas celle qu'on observe dans les inflammations articulaires : c'était une crépitation causée par des fragments osseux. Il y avait donc une fracture : quelle était cette fracture? La tête de l'humérus avait-elle été séparée en totalité du corps de l'os? M. Marjolin ne le crut point; son avis fut qu'il y avait un écrasement d'une portion de la tête de l'humérus et que cet écrasement pouvait s'étendre au rebord de la cavité glénoïde. M. Chassaignac, qui examina le malade plusieurs jours après, pensa qu'il y avait une fracture longitudinale de la partie supérieure de l'humérus.

Aujourd'hui, il y a ankylose de l'articulation scapulo-humérale; et, bien que la luxation soit réduite, l'articulation scapulo-humérale n'a pas sa forme habituelle, ce qui pourrait faire croire que la luxation n'est pas complétement réduite. M. Marjolin insiste sur l'analogie qui existe entre certaines lésions de l'articulation de l'épaule et quelques-unes de l'articulation coxo-fémorale; dans ces cas, il est souvent fort difficile de bien établir le diagnostic.

Nomination.

L'ordre du jour appelle ensuite le vote sur les conclusions de la commission chargée d'examiner le travail de M. Follin.

Ces conclusions sont :

1° Le renvoi du travail de M. Follin au comité de publication;

2° L'admission de M. Follin comme membre titulaire.

Ces deux conclusions ayant été adoptées, M. Follin est nommé membre titulaire.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Chassaignac est renvoyé au comité de publication.

Tumeur érectile.

M. Demarquay communique l'observation de la jeune fille affectée de tumeur érectile qu'il avait présentée dans la séance précédente.

La jeune fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Elle est née avec une petite tache lie-de-vin située à la partie moyenne de la région frontale. Cette tache est restée stationnaire jusqu'à l'âge de douze à treize ans. A cette époque elle fit des progrès, devint le siége de battements et acquit le volume d'un petit œuf; elle n'a jamais été, du reste, le siége d'aucun accident. La tumeur qui occupe la partie moyenne du front est un peu plus développée du côté droit, elle a envahi la partie interne de la paupière supérieure droite, le grand angle du même côté et un peu de la paupière inférieure gauche; elle semble se terminer au niveau de l'arcade sourcilière. Son étendue en hauteur est celle de la région frontale; dans ce sens, elle a environ 8 centimètres de hauteur; son diamètre transversal a dans son maximum d'étendue, c'est-à-dire au niveau de la région sourcilière, 5 centimètres. La saillie qu'elle forme au-devant du front est assez notable. La peau qui la recouvre, et qui forme un des éléments constituants, est d'un rouge violacé, présentant çà et là de petites saillies. A sa partie supérieure on remarque une cicatrice d'un pouce d'étendue; cette cicatrice est le résultat de la compression qu'un chirurgien avait exercée dans le but d'obtenir l'atrophie de la tumeur.

Dans toute l'étendue de la tumeur il existe des battements très appréciables au toucher. Lorsque la malade a marché, qu'elle a un peu chaud, ou même pendant le repos, si on applique légèrement la main ou la pulpe du doigt, on éprouve la sensation d'un léger susurrus. En appliquant l'oreille sur le front, on entend un bruit de souffle très marqué dans toute l'étendue de la tumeur, ainsi que les battements. La compression de la carotide gauche diminue l'intensité du souffle, mais ne le fait point cesser; ce qui a toujours lieu par la compression de la carotide droite. Si on comprime simultanément les deux carotides, la tumeur s'affaisse légèrement. Les artères temporales et sus-orbitaires sont plus dévelop-

pées à droite qu'à gauche. En appliquant un thermomètre sur la tumeur, j'ai trouvé ce matin un degré de plus que sur les parties voisines.

Cette tumeur érectile a son siége dans la peau de la région frontale et dans les paupières du côté droit ; elle ne paraît pas pénétrer dans l'orbite du côté droit, ni affecter en rien l'os frontal ; car, lorsque par la pression on affaisse la tumeur, on sent que le frontal est intact.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur érectile composée d'éléments artériels et veineux. L'existence de battements accompagnés d'un bruit de souffle et la dilatation des artères voisines ne laissent aucun doute sur l'existence d'une circulation artérielle. D'autre part, sa teinte bleuâtre, sa mollesse font penser que l'élément veineux entre aussi pour une bonne part dans sa composition. C'est donc à une tumeur érectile mixte que nous avons affaire. Jusqu'à ce jour elle a marché assez lentement et n'a donné lieu à aucun accident. Dans ces circonstances, je demande à la Société quelle conduite il faut tenir? Faut-il agir, faut-il attendre? Dans le cas où l'art interviendrait, quelle est l'opération qu'il faut pratiquer?

Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés pour obtenir la cure radicale ou palliative, il en est un certain nombre qui me paraissent devoir être rejetés dans cette circonstance, ce sont les cautérisations et l'ablation.

Je ne crois pas qu'un chirurgien prudent puisse recourir à ces deux moyens. Peut-être pourrait-on cautériser avec des aiguilles de platine rougies, comme le fait M. Guersant à l'hôpital des Enfants ; mais c'est encore un doute. Quant à l'ablation suivie de la cautérisation, on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et on aurait une cicatrice considérable en admettant qu'on réussît.

Il ne faut pas non plus penser à l'usage des styptiques et de la compression ; ces moyens sont tout à fait insuffisants. Il en serait de même du broiement, du séton ou de la ligature des vaisseaux, dont la compression diminue à peine la tumeur. Si une opération doit être faite, il faut qu'elle soit faite dans le double but d'amener l'atrophie de la tumeur et de prévenir l'hémorrhagie ; il me semble donc qu'un procédé de ligature analogue à celui imaginé par A. Bérard pourrait rendre quelque service. J'insisterais d'autant plus sur ce moyen que, récemment, au sein de la Société, un chirurgien

distingué, M. Rigal, est venu vanter l'emploi de la ligature, appuyant son opinion sur une série de faits assez nombreux.

Le procédé que je conseillerais n'est qu'une modification de la suture de Gelis ; seulement il faudrait, en coupant les parties latérales de la tumeur avec des fils, ménager un pédicule au lambeau de peau qui recouvre la tumeur.

M. Lebert dit que, bien qu'il n'ait pas bien présent à la mémoire quelle a été l'issue de tous les cas de ce genre dans lesquels on a employé la galvanopuncture, ce serait peut-être le cas de la mettre en usage, en suivant les nouveaux procédés indiqués par M. le professeur Schü, de Vienne. Schuh

M. Boinet partage l'avis de M. Lebert ; il pense qu'il faudrait y recourir avant d'employer la ligature en bourse.

M. Demarquay ne croit pas que la galvanopuncture réussisse dans cette circonstance ; suivant lui, la coagulation du sang n'est point le résultat de l'électricité, mais bien de l'inflammation déterminée par la présence des aiguilles. Lorsqu'on emploie ce moyen, il se produit deux résultats bien différents : si on agit faiblement, l'effet est nul ; si, au contraire, on agit d'une manière énergique, on détermine la gangrène.

M. Debout dit qu'on peut toujours mesurer la force du courant initial, et que c'est au commencement, lorsque la pile agit avec son maximum d'énergie, qu'il faut appliquer le courant ; plus tard, lorsque la force du courant a diminué, comme son action est nulle, il ne faut plus s'en servir. Il ajoute que, quant à ce qui est des accidents traumatiques secondaires, loin de les redouter, il faut chercher à en bénéficier.

De plus, dans le moyen dont parle M. Lebert, il faut multiplier le nombre des aiguilles afin de multiplier les centres de coagulation : il se passe là un phénomène analogue à celui de la congélation.

Si maintenant on vient à mettre les deux pôles en contact et qu'on emploie des aiguilles fines, on peut les faire rougir : on obtient de cette manière une véritable cautérisation.

M. Lebert dit qu'en examinant la tumeur il a été frappé de la dilatation et des battements de l'artère dans le voisinage ; il croit qu'il existe un commencement d'anévrisme cirsoïde, et, d'après ces motifs, il pencherait pour l'emploi de l'électricité, surtout d'a-

près les faits qu'il a vus dans le service de M. Malgaigne. Avant, du reste, de commencer ce mode de traitement, il serait d'avis de consulter M. Baumgartner pour savoir si ce n'est pas là l'occasion d'avoir des coagulum multiples.

M. Maisonneuve insiste aussi pour l'emploi de l'électricité comme moyen curatif, car non-seulement elle peut déterminer des coagulum dans les vaisseaux, mais même agir en cautérisant; à l'appui de son opinion, il cite M. Nélaton, qui, à l'aide d'un fil de platine rougi, a fait des sections comme avec le bistouri.

M. Demarquay regarde le voisinage du cerveau comme une cause défavorable pour l'emploi de moyens aussi énergiques.

M. Maisonneuve croit que M. Demarquay a des craintes exagérées; l'action de ce moyen est trop instantanée.

M. Denonvilliers a été à même de voir employer ce moyen, et il recule devant les difficultés de l'opération.

M. Michon craint que la Société ne s'engage trop avant dans cette discussion, où tant de doutes s'élèvent; il craint qu'on ne s'abandonne trop à des vues purement théoriques : c'est la connaissance des faits qui doit guider. Il faut donc, avant de conseiller l'électricité, voir quels ont été les résultats précédents, et bien prendre en considération dans quelles circonstances on a eu recours à l'électricité; car, comme le dit M. Lebert, c'est plutôt dans les vaisseaux que dans les tumeurs érectiles que le coagulum a lieu. Lui aussi a eu occasion d'employer tout récemment l'électricité pour une tumeur de la langue: c'était chez un homme qui avait la volonté ferme de guérir; dans ce cas, la douleur a été si vive qu'elle a déterminé une syncope.

M. Debout fait remarquer que, chez la malade de M. Demarquay, la tumeur présente deux éléments, l'un veineux, l'autre artériel; c'est ce dernier qu'il faut tâcher de détruire. C'est dans un cas semblable que M. Nélaton a obtenu une guérison.

Quant à la douleur, on pourra l'éviter en donnant au courant électrique une action continue et en évitant d'agir par saccades.

M. Demarquay avait, dit-il, tellement senti ce qu'a dit M. Michon, qu'il n'a pas voulu parler de galvanopuncture, bien qu'il ait fait des expériences assez nombreuses de ce moyen sur les animaux. C'est beaucoup trop difficile à manier pour l'employer avec sécurité

chez l'homme; c'est, du reste, l'opinion de plusieurs physiciens avec lesquels il s'est entretenu de ce sujet.

M. Morel, tout en respectant l'autorité de M. Michon, craint de son côté qu'on ne s'effraye trop et de la douleur et de la difficulté de l'opération. Si on n'avait pas déjà des faits de coagulation du sang par ce moyen, on pourrait peut-être hésiter; mais comme il y en a, il faut faire de nouvelles tentatives. La ligature ne lui paraît pas admissible, parce que toute la région frontale droite est en quelque sorte transformée en tissu érectile, et que les artères y offrent une dilatation très avancée. En enlevant la tumeur, c'est-à-dire la partie saillante ou isolée du tissu érectile, on laisserait donc sur la partie droite du front une large portion également érectile qui échapperait ainsi à l'action de la ligature.

Il serait peut-être convenable pour favoriser l'effet du courant galvanique, de comprimer les carotides. Si ce moyen était insuffisant, il pense qu'il faudrait, non pas lier les carotides, mais les deux temporales et les autres artères qui concourent à l'entretien de la tumeur.

M. Robert pense que, si on n'applique une méthode que lorsqu'il y a des cas de réussite, on s'expose à reculer. Ici, il faut procéder par induction, et comme dans des cas analogues le fait M. Abeille, etc.; il y a eu des succès, il ne faut pas hésiter.

Il croit qu'il s'agit d'un anévrisme cirsoïde, bien qu'il n'y ait point de battements aussi forts. La ligature en masse pourra échouer, parce que les vaisseaux ne viennent pas de la base, mais de la circonférence de la tumeur. Ce qui le fait pencher pour la galvanopuncture, c'est que, si elle échoue, on aura toujours la ressource des autres méthodes.

M. Michon n'est pas aussi opposé à l'électricité qu'on semble le croire, puisqu'il l'a employée; seulement il a cru devoir insister sur ce point, qu'avant d'engager une discussion sur les effets de l'électricité comme moyen thérapeutique, il fallait bien connaître quels étaient les avantages et les inconvénients de cette méthode, et il aurait désiré qu'on apportât, comme le disait M. Lebert, des éléments plus positifs. Ainsi, pour lui, il est déjà résulté de cette discussion un fait important, c'est que l'emploi d'un courant continu est indispensable. C'est en procédant par des faits bien précis qu'il croit que l'on peut traiter les questions avec avantage.

M. Denonvilliers insiste sur la gravité de la question. Par elle-même la maladie est dangereuse, difficile à traiter; de plus, on a rarement occasion de l'observer. Ce n'est pas une varice artérielle, c'est une tumeur qui se complique de dilatation artérielle; il ne faut pas cependant confondre les battements qui appartiennent à la tumeur; il y a un frémissement sous le doigt et une impulsion assez forte, même quand les carotides sont comprimées. Si le moyen de M. Demarquay est insuffisant, ne peut-on pas proposer des moyens nouveaux? Comme l'a dit M. Robert, il ne croit pas que la ligature interrompe le cours du sang. Si du reste ce moyen échoue, plus tard ne pourra-t-on pas compléter l'opération? Il cite l'exemple de Macillwain, qui a embrassé les tumeurs avec des épingles et étreint avec des fils. Revenant ensuite sur le cas de M. Nélaton, il dit que l'électricité a produit dans cette circonstance une véritable cautérisation.

M. Maisonneuve voudrait qu'on employât la cautérisation; et comme il n'aime pas l'action de la pâte de Vienne, qui laisse une eschare molle souvent accompagnée d'écoulement sanguin, il proposerait les caustiques acides, auxquels il ne reconnaît pas les mêmes inconvénients.

Il regrette que M. Demarquay n'ait pas parlé de la ligature excentrique employé par Blandin dans des tumeurs semblables. Ce procédé consistait à traverser la tumeur dans plusieurs points de sa circonférence avec une grande aiguille armée d'un fil, de manière à former une série d'anses qu'on pouvait serrer à volonté.

M. Demarquay répond que Blandin réservait cette ligature pour les tumeurs cancéreuses; il avait d'autres procédés pour les tumeurs érectiles. Ainsi sur une petite fille qui avait une tumeur érectile sur la poitrine, il fit la ligature sous-cutanée et obtint la guérison.

Correspondance.

M. Larrey présente à la Société de la part de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, un ouvrage intitulé : *Outlines of military surgery*, avec la demande du titre d'associé étranger. (Commissaires : MM. Giraldès et Larrey.)

— M. Guersant annonce de la part de M. Huguier que la femme

que l'on croyait affectée de grossesse extra-utérine est accouchée naturellement. M. Huguier donnera des détails sur ce fait intéressant dans une des prochaines séances.

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

Séance du 21 *juillet* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. BOINET dit, à l'occasion du procès-verbal, que dans la dernière séance il avait émis l'opinion qu'il existait dans la science des faits qui faisaient croire que la galvanopuncture était plus efficace dans les tumeurs érectiles et dans celles composées de tissu veineux et de tissu artériel que dans les anévrismes. Depuis lors, les recherches qu'il a faites lui ont démontré qu'il avait commis une erreur et que ses souvenirs étaient inexacts : il n'a, en effet, trouvé que deux faits en faveur de ce mode de traitement, celui de M. Nélaton et un autre de M. Huguier, encore ces faits appartiennent plutôt à des varices artérielles qu'à des tumeurs érectiles proprement dites.

Correspondance.

Elle comprend :

1° M. Giraldès dépose sur le bureau une lettre de remercîments du docteur Andrew Smith, intendant supérieur du service de santé de l'armée anglaise;

2° *De la cautérisation d'avant en arrière*, *de l'électricité et du cautère électrique dans le traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. le docteur Le Roy-d'Etiolles;

3° *Mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face*, par M. le docteur Bouvier.

Indications et contre-indications dans l'opération de la pupille artificielle.

M. GIRALDÈS fait un rapport sur les travaux de M. le professeur Bowman, membre de la Société royale de Londres, etc.

M. le rapporteur passe en revue les recherches que le professeur

de King's college a faites sur l'histoire de la pupille artificielle, les préceptes qu'il donne touchant les indications et les contre-indications les plus importantes à cette opération.

Parmi les contre-indications, M. Bowman range l'insensibilité de la rétine à la lumière naturelle ou artificielle : ainsi, toutes les fois que la rétine demeure insensible à l'action de la lumière, le chirurgien doit s'abstenir de pratiquer l'opération de la pupille artificielle, lors même qu'une grande partie de la cornée présenterait les conditions nécessaires à la pratique de cette opération. L'auteur indique également comme contre-indication l'effacement de la chambre antérieure, que cet effacement soit le résultat d'une adhérence de l'iris à la cornée ou qu'il soit produit par l'accumulation de fausses membranes au-devant de l'iris.

Parmi les indications à l'opération de la pupille artificielle, l'auteur range les cas où la cornée est devenue opaque dans sa partie centrale; les cas d'oblitération de l'iris par des fausses membranes avec adhérence à la capsule cristalline; enfin, il considère comme propres à cette opération les cas où la capsule cristalline est opaque dans le point correspondant à l'iris et lorsqu'il y a adhérence de cette membrane à la capsule. Il range également dans la même catégorie les cas où la capsule cristalline est adhérente à la cornée.

Suivant M. Bowman, toutes les fois qu'on observe ces deux dernières conditions, le cristallin n'est opaque que dans le point correspondant à la pupille, et il y a alors avantage à pratiquer la pupille artificielle, bien plutôt que d'abaisser ou d'enlever la lentille cristalline, pratique préconisée par Tyrrell.

L'opérateur doit autant que possible chercher à placer la pupille artificielle le plus près possible des conditions normales; il faut par sa forme et sa grandeur la ramener à de bonnes conditions physiologiques; à ce sujet, il fait remarquer qu'une large ouverture n'est pas celle qui convient le mieux; car, si elle permet à une plus grande quantité de lumière de pénétrer dans les milieux de l'œil, il est également vrai que le cône lumineux ne forme pas son foyer dans un point convenable, et la vision en souffre. A l'appui de son opinion, il cite des opérés chez lesquels une large fenêtre avait été pratiquée et qui ne pouvaient voir qu'en diminuant le cône lumineux à l'aide d'un petit appareil placé au-devant de l'œil. Quant au choix des méthodes, c'est un point sur lequel il insiste beaucoup :

il préfère les procédés qui causent le moins de violence dans l'œil; il rejette d'après ce principe la méthode de décollement ou corédyalisie; dans cette méthode, en effet, on déchire des vaisseaux et des nerfs importants, et on s'expose à des épanchements de sang, à des accidents qui compromettent le succès de l'opération.

M. Giraldès fait ensuite l'analyse d'un autre travail de M. le professeur Bowman sur une nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora. Toutes les fois que le conduit lacrymal est divisé ou qu'il est obstrué, que cette déviation ne peut être corrigée par un autre moyen, le chirurgien anglais propose de diviser ce conduit, de le transformer en une espèce de gouttière dans laquelle les larmes glissent et coulent ensuite naturellement dans le sac lacrymal.

Ce mémoire est suivi de plusieurs observations qui confirment l'avantage de cette méthode.

Après ce rapport, M. Giraldès énumère les travaux de M. Bowman en anatomie et en chirurgie; il termine en demandant pour lui, au nom de la commission, le titre de membre correspondant.

La proposition de la commission ayant été adoptée à l'unanimité, M. le professeur Bowman est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Du traitement des tumeurs érectiles par la ligature à chaîne enchevillée.

M. Michon donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Rigal (de Gaillac) ayant pour titre: *Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature* (ligature à chaîne enchevillée).

Ce procédé, qui se compose d'éléments déjà connus, mais toujours appliqués isolément, constitue une véritable méthode qui a pour but, comme dans l'entérotomie, d'étrangler les tissus assez fortement pour les couper. Un des principaux avantages est de ne pas donner lieu aux accidents des ligatures incomplètes. Depuis onze ans M. Rigal a employé dix-huit fois ce procédé, et constamment avec succès. Outre la possibilité de pouvoir enlever complétement les tumeurs, les cicatrices qu'on obtient sont fermes, solides et mobiles.

Dans ce procédé, où les tumeurs érectiles sont en quelque sorte assimilées à des tumeurs pédiculées, on traverse la tumeur parallèlement avec des épingles assez solides ; puis, dans leur intervalle, on passe des fils doubles que l'on vient nouer de chaque côté au-dessous des épingles, qui servent ainsi de point d'appui et de limite à l'action des fils. M. Michon, qui a eu occasion d'employer dernièrement cette méthode avec succès, a insisté sur les avantages qu'elle présentait.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1° Insertion du travail de M. Rigal dans les mémoires de la Société ;

2° L'admission de M. Rigal comme membre correspondant.

M. Robert dit que, dans la dernière séance, M. Michon n'a peut-être pas bien saisi le sens de ses paroles. S'il a cité l'observation de M. Abeille, c'est-à-dire celle d'un anévrisme de l'artère droite guéri par la galvanopuncture, c'est pour rappeler un exemple du plus haut degré de la puissance de l'électricité considérée comme agent de coagulation du sang, et non pour fournir un argument direct dans la question de la curabilité des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité.

Il regrette que M. Michon, dans son rapport, n'ait pas mentionné le cas publié par M. Nélaton, d'une jeune fille ayant un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, et guérie par la galvanopuncture. Pour lui, il y a identité de nature entre les anévrismes cirsoïdes et les tumeurs érectiles, mais il y a différence de siége.

M. Michon connaissait très bien le fait de M. Nélaton ; il n'en a pas parlé, parce qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur érectile, mais bien d'un anévrisme cirsoïde. C'est sous ce titre que l'observation a été donnée ; c'est M. le docteur Wertheimber qui a dirigé le courant électrique pendant la maladie. La note qu'a lue M. Demarquay porte le titre de *tumeur érectile;* il n'est pas permis de confondre ces tumeurs avec l'anévrisme cirsoïde.

M. Robert dit qu'il existe une grande analogie entre l'anévrisme cirsoïde proprement dit et les tumeurs érectiles artérielles. Dans ces deux maladies, il y a dilatation considérable des vaisseaux artériels, qui deviennent tortueux, bosselés et semblables à des varices ; mais dans l'anévrisme cirsoïde la dilatation occupe les artères

de moyen ou de gros calibre, tandis que dans la tumeur érectile elle siége dans les capillaires artériels.

Si l'on dissèque une tumeur érectile artérielle, ce que M. Robert a eu l'occasion de faire une fois, on n'y trouve autre chose que des artères dilatées et sinueuses. Une autre preuve de cette analogie se tire de la marche des tumeurs érectiles. Dans l'origine, la tumeur érectile n'est quelquefois qu'une simple tache semblable à une piqûre de puce, dans laquelle l'on ne distingue que de petits vaisseaux dilatés; plus tard le mal s'étend et constitue la tumeur érectile proprement dite; plus tard, enfin, l'altération envahit les artères qui communiquent avec la tumeur, et l'anévrisme cirsoïde se trouve constitué. M. Robert a plusieurs fois observé ce fait, et en a déjà entretenu la Société à l'occasion d'une jeune fille affectée d'un vaste anévrisme cirsoïde du cuir chevelu.

Du reste, cette analogie a été admise par Breschet dans son beau travail sur les anévrismes.

M. Robert, se fondant sur ce fait d'anatomie pathologique, qu'il regarde comme important dans la discussion actuelle, pense donc que, si la galvanopuncture réussit à guérir l'anévrisme cirsoïde, il n'y a pas de raison de croire qu'elle soit inefficace dans le traitement des tumeurs érectiles.

M. Michon dit que John Bell et Breschet avaient bien distingué l'anévrisme cirsoïde des tumeurs érectiles. Il admet qu'il y a des tumeurs érectiles qui entraînent la dilatation des vaisseaux; mais il reste toujours l'éponge vasculaire : c'est à cause de ce fait que Dupuytren comparait ce tissu à celui des corps caverneux et de la rate. Ce sont les vaisseaux afférents qui se dilatent autour. Il ajoute que la majorité des tumeurs érectiles est sans battements, sans bruissement. Il admet qu'il y a entre les tumeurs érectiles et l'anévrisme cirsoïde une analogie plus ou moins éloignée, mais il ne peut concéder à M. Robert qu'il y ait identité entre ces deux maladies.

M. Monod, revenant sur les guérisons spontanées des tumeurs érectiles veineuses, dit qu'elles sont moins rares qu'on ne croit; malheureusement on n'attend pas assez.

Il a été étonné de ce que M. Michon n'apprécie pas plus le séton; quant à lui, c'est le moyen qu'il préfère. Il cite en faveur de cette méthode le fait d'une jeune fille qui avait une tumeur érectile s'é-

tendant depuis la lèvre jusqu'au conduit auditif. Il y avait des hémorrhagies. Il appliqua un séton, et la guérison fut complète.

Chez un autre jeune malade affecté de tumeur érectile de la paume de la main, il a aussi employé les sétons avec succès. Le traitement a duré plus d'une année. Dans ce cas, la méthode de M. Rigal aurait eu l'inconvénient de faire perdre les mouvements des doigts. (Ce malade a été présenté à la Société.) Il croit que c'est un moyen qu'il ne faut pas laisser tomber en désuétude; car il peut rendre des services.

Il est enfin une dernière méthode précieuse dans les tumeurs érectiles peu étendues, c'est la cautérisation légère avec la potasse caustique.

M. Michon n'est pas aussi partisan de l'emploi du séton que M. Monod; il avoue que c'est surtout depuis qu'il a perdu un malade et que d'autres ont eu aussi des accidents. Il a vu, comme M. Monod, des guérisons spontanées. Quant à examiner la valeur de chacune des méthodes proposées pour la guérison des tumeurs érectiles, ce n'était pas précisément le but de son travail; il avait à examiner la méthode de M. Rigal : c'est ce qu'il a fait; et, de plus, il a profité de cette occasion pour éclairer quelques points de l'histoire du traitement sur lesquels il y avait des doutes.

M. Guersant ne nie pas les avantages des sétons; lui-même les a employés avec succès dans plusieurs cas. Une fois même il n'obtint la guérison qu'après en avoir passé 40. Mais à côté de ces avantages il y a des inconvénients : il survient des érysipèles très graves, même lorsqu'on n'a passé que trois ou quatre fils. Il cite à l'appui de son opinion le fait de Blandin, qui perdit un enfant après avoir passé un seul fil à la joue. Il préfère plonger à plusieurs reprises dans la tumeur une aiguille chauffée à blanc. Cette méthode ne lui a, jusqu'à présent, amené aucun accident.

M. Denonvilliers ne nie pas l'existence des tumeurs érectiles douées de pulsations; où on en rencontre, elles sont très difficiles à attaquer; elles se prêtent cependant à l'action du galvanisme.

Son opinion est que A. Bérard n'était pas aussi opposé à la ligature que M. Michon l'a prétendu. Il est possible que dans les premiers écrits de Bérard on trouve cette manière de voir; mais ce n'est pas dans le *Compendium*, publié postérieurement. Bérard

s'était attaché à la cautérisation, et lorsqu'il employait les sétons il les convertissait en ligatures.

M. MICHON est loin de repousser le traitement des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité. Il fait la part de ce moyen dans son travail. On a obtenu de cette manière des guérisons dans les anévrismes cirsoïdes, tandis qu'il n'y en a pas encore dans les cas de tumeurs érectiles proprement dites.

Pour ce qui est de l'opinion de Bérard touchant la ligature dans le traitement des tumeurs érectiles, il est vrai qu'il ne l'a point prise dans le *Compendium*, ouvrage rédigé par deux chirurgiens; c'est dans le mémoire de Bérard que se trouve émise l'opinion que la ligature ne peut s'appliquer qu'à des tumeurs petites, pédiculées, ce qui est le cas le plus rare. Peut-être, par la suite, l'expérience lui aurait-elle fait modifier son opinion.

M. DENONVILLIERS insiste pour démontrer que Bérard, en employant le séton, étranglait successivement la tumeur en coupant la peau.

M. DEBOUT aurait voulu que le rapport de M. Michon fît mention de la vaccine comme moyen curatif; car, suivant lui, les résultats qu'on a obtenus par ce moyen sont bien supérieurs à ceux qu'on obtient à l'aide des sétons.

M. BOINET dit qu'une des causes qui a pu induire en erreur, c'est que le fait de M. Nélaton est intitulé : Anévrisme cirsoïde.

M. VIDAL se propose d'appliquer les serres-fines pour une tumeur de la lèvre; il veut, suivant son expression, assaillir la tumeur avec des serres-fines. Son intention est de les employer également pour la cure des varices chez les vieillards.

M. CLOQUET a eu occasion de voir plusieurs fois des tumeurs érectiles guérir spontanément; il a vu, entre autres, la fille d'un banquier âgée de sept ans; elle avait deux tumeurs érectiles, l'une au front et l'autre à la grande lèvre. La mère s'était refusée à toute opération; l'enfant a guéri sans aucun traitement. Il partage l'opinion de M. Michon sur la composition des tumeurs érectiles; dans celles qui sont bleues, c'est l'élément veineux qui prédomine; dans celles qui sont d'un rouge framboisé, c'est l'élément artériel; dans ces dernières il y a souvent des pulsations. M. Cloquet fait remarquer qu'on rencontre assez fréquemment des tumeurs hémorrhoïdales avec des battements; la prédominance des vaisseaux

artériels rend leur ablation assez dangereuse, presque toujours il survient des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter que par la cautérisation.

Dans les tumeurs cirsoïdes, la dilatation et les pulsations des veines sont dues au passage du sang artériel dans le système veineux ; cette affection peut être le fait d'une cause traumatique, comme il l'a observé chez un grand d'Espagne qui avait reçu des coups de bâton sur la tête. Si on admet que cette affection naisse spontanément, il faut qu'il existe dans les derniers ramuscules veineux des communications directes avec les artères. Du reste, les battements que présentent ces veines dilatées ont beaucoup moins de force que les artères.

Pour M. Cloquet, le séton avec des fils est si souvent suivi d'accidents, qu'il a été obligé d'y renoncer; il n'a pas vu aussi souvent des accidents inflammatoires survenir après l'emploi des sétons métalliques.

Lorsque les tumeurs sont plates, il est toujours facile de les traverser crucialement par des aiguilles, et ensuite de les étreindre avec des fils; mais ce moyen a encore causé des accidents. Il a vu une jeune fille qu'il avait opérée ainsi d'une tumeur située dans la région mastoïdienne succomber par suite d'un érysipèle. Actuellement il se contente de pratiquer une ligature qui a beaucoup d'analogie avec le procédé de M. Rigal : il traverse la tumeur avec deux aiguilles qui entraînent un fil double; la tumeur étant ainsi traversée crucialement par deux fils doubles, il sépare chaque fil, le renverse en dehors, et vient le nouer avec le plus voisin.

M. Morel-Lavallée. Si M. Cloquet a observé des battements dans les grosses veines voisines des tumeurs érectiles d'origine congénitale, par exemple, ces battements paraissent être un fait nouveau très remarquable ; mais dans le cas très intéressant qu'il vient de communiquer à la Société, ne serait-il pas possible que ce fût tout simplement un anévrisme artérioso-veineux développé à la suite de contusions ? Dans ce cas, les battements veineux perdraient leur caractère exceptionnel en rentrant dans la règle générale.

M. Gerdy ne croit pas qu'on ait jamais observé de battements dans les grosses veines dès la naissance. Pour lui, le nombre des

variétés de tumeurs érectiles n'est pas seulement de trois, mais au moins de huit.

Ainsi il y en a qui sont composées simplement de capillaires veineux, d'autres de capillaires artériels, d'autres enfin qui sont mixtes. Dans quelques-uns il y a des dilatations artérielles ou veineuses, ou des dilatations des deux ordres de vaisseaux. Quelques-unes présentent de véritables criblures; viennent enfin celles qui sont dénommées sous le nom de *fongus hématode*, qui contiennent du sang en grumeaux, et qui paraissent tenir du cancer. Les tumeurs érectiles ne doivent pas être confondues avec l'anévrisme cirsoïde. Le mémoire de Breschet a peut-être contribué à rendre confus ce point de la pathologie.

— A la fin de la séance, M. le président annonce que les conclusions du rapport seront mises aux voix dans la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 28 *juillet* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président met aux voix les conclusions de la commission sur le travail de M. Rigal (de Gaillac). Les conclusions ayant été adoptées à l'unanimité, M. Rigal est nommé membre correspondant.

Sur la demande de plusieurs membres, le rapport de M. Michon est également renvoyé au comité de publication.

Correspondance.

M. MAISONNEUVE dépose sur le bureau, au nom de M. Michaux, de Louvain, qui demande le titre d'associé étranger, les ouvrages qui suivent :

Note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur accompagnées de pénétration dans le grand trochanter;

Note sur deux cas remarquables de hernie;

Extirpation d'une tumeur volumineuse occupant la région paro-

tidienne; guérison; quelques propositions relatives à l'ablation des tumeurs de cette région;

Observations de chirurgie opératoire communiquées à l'Académie royale de Belgique;

Déchirure de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie; inflammation, suppuration, formation de tissu inodulaire, dysurie; essais infructueux de cathétérisme; opération de la boutonnière; pansement avec des mèches volumineuses; introduction de sondes de Mayor; guérison;

Note sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou;

Description d'une anomalie rare de l'artère épigastrique;

MM. Nélaton, Denonvilliers et Maisonneuve sont nommés pour rendre compte de ces divers travaux.

Dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis.

M. Huguier présente un malade dont il avait déjà entretenu la Société dans la séance du 26 mai 1852. Ce malade portait sur les côtés du gland des vaisseaux lymphatiques dilatés, qui, en se rejoignant, formaient une sorte de couronne, puis remontaient vers la racine de la verge. Une ponction faite sur l'un de ces vaisseaux donna issue à un liquide opalin. L'opération a consisté dans l'incision de ces vaisseaux à leurs deux extrémités. Il y a eu à la suite de cette petite opération un peu d'œdème et d'inflammation du prépuce, mais cela s'est promptement dissipé. M. Huguier a entendu dire à M. Ricord que ce genre d'affection n'était pas très rare et qu'il se contentait de soulever ces vaisseaux avec une pince et de les exciser avec des ciseaux courbes.

Tumeur siégeant à la grande lèvre gauche.

M. Guersant présente une petite fille de douze ans portant une tumeur à la grande lèvre gauche; il pense que cette tumeur est un kyste; il veut en faire la ponction suivie d'une injection iodée. Ceux des membres qui l'examinent sont pour la plupart de l'avis de M. Guersant.

Grossesse réputée anormale terminée par un accouchement naturel.

M. Huguier. Il y a deux séances, j'avais prié M. le président d'annoncer à la Société que la femme qui était dans mon service,

et chez laquelle j'avais cru, ainsi que plusieurs confrères, qu'il existait une grossesse extra-utérine, était accouchée naturellement. Je m'étais inscrit pour cette communication ; mais plusieurs circonstances imprévues et les occupations de la Société m'ayant empêché de donner des détails sur ce fait intéressant, j'y reviens aujourd'hui, et j'entrerai dans des détails d'autant plus nécessaires que le fait a été raconté d'une manière inexacte dans un journal de médecine.

Lorsque j'appelai l'attention de la Société sur ce fait, qui a présenté tant d'obscurité pour le diagnostic et qui s'est terminé naturellement, je pensais qu'il s'agissait, sinon d'une grossesse extra-utérine, au moins d'une grossesse anormale : j'étais porté à adopter cette opinion par les raisons suivantes :

1° La tumeur était très élevée ;

2° Il existait entre elle et le pubis une dépression très marquée;

3° On sentait l'enfant sous les téguments;

4° La tumeur offrait une forme toute particulière;

5° Il y avait absence de souffle placentaire ;

6° La tumeur, au lieu d'occuper la ligne médiane et de prédominer en avant, occupait tout le flanc droit;

7° On sentait dans le cul-de-sac du vagin une tumeur qu'on considérait comme une portion de l'enfant;

8° La fécondation avait été la suite d'un acte violent et suivie de circonstances qui ont été notées comme accompagnant assez souvent les grossesses extra-utérines;

9° Les deux médecins qui avaient vu la malade dans les premiers temps avaient cru l'un à une affection organique du foie et l'autre à une tumeur de l'ovaire droit.

Entre autres signes qui ont pu contribuer à favoriser l'erreur de diagnostic, il faut encore noter le développement continuel du diamètre transversal de la cavité abdominale, la persistance de la tumeur dans la région épigastrique, la démarche de la malade, qui était toute particulière : au lieu de se renverser en arrière, elle était courbée sur elle-même en avant. De plus, dans les derniers temps, il y avait de la fièvre, des douleurs lombaires qui cessaient et revenaient : on pouvait croire à une irritation péritonéale. De plus, jusqu'aux derniers moments, absence totale des phénomènes de la

parturition : il n'y avait aucune contraction utérine, aucune dilatation du col.

Le 30 juin au matin, lorsque je vis la malade avec M. Danyau, le col était en arrière derrière les pubis; il était conoïde et aucunement dilaté; à ce moment M. Danyau pencha tellement vers l'idée d'une grossesse extra-utérine qu'il indiqua la longueur et le siége de l'incision à pratiquer.

Ce fut dans la nuit, vers trois heures du matin, que le travail commença; les premières douleurs se manifestèrent le 1er juillet au matin; elles étaient très rapprochées et avaient lieu de cinq en cinq minutes; jusque-là, aucun changement du col. Quelques personnes qui étaient présentes m'engagèrent à agir; n'étant pas assez convaincu de l'existence d'une grossesse extra-utérine, je refusai, disant qu'à deux heures de l'après-midi je reverrais la malade, et qu'alors je pratiquerais la gastrotomie après avoir cathétérisé l'utérus. A deux heures un quart MM. Roux et Danyau étant arrivés, je touchai la malade; le col n'était pas ouvert; mais en introduisant le doigt je sentis quelque chose qui se rompait, et je reconnus la tête qui se présentait. Dès ce moment tous les doutes furent levés; c'était un accouchement simple qui se préparait; la tête se présentait en première position; rien d'extraordinaire n'eut lieu, et deux heures après la femme était accouchée.

Depuis, voici ce que j'ai observé : la fièvre de lait s'est déclarée le troisième jour; pendant dix jours l'utérus est toujours resté en haut dans le flanc droit, au-dessus de l'ombilic, puis il s'est porté tout à fait à droite, et enfin est revenu sur la ligne médiane ; aujourd'hui il est encore un peu élevé, mais sa position est normale. Mais derrière l'utérus on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api ; on la sent dans le cul-de-sac utéro-rectal. Je me demande si, pendant la grossesse, cette tumeur n'était pas plus volumineuse.

J'insisterai d'autant plus, dit M. Huguier, sur la valeur de cette observation, qu'elle a présenté de nombreuses difficultés de diagnostic, que presque tous nos confrères qui ont vu la malade ont partagé mes doutes : c'était donc une grossesse anormale. Si M. Paul Dubois n'a pas admis la grossesse extra-utérine, il a d'abord

pensé que c'était une présentation du pelvis. Quant à M. Moreau, il penchait, lui aussi, pour une grossesse extra-utérine.

Recherches sur l'anesthésie oculaire.

M. Chassaignac donne lecture d'un travail ayant pour objet des recherches sur l'anesthésie oculaire, et renfermant les propositions suivantes :

1° L'effet constant du chloroforme, quand le sujet est à l'état de résolution générale, c'est l'immobilité complète et absolue du globe de l'œil.

2° Non-seulement l'œil est immobile; mais de plus, il est dans l'état que Barthez avait désigné sous le nom de *force de situation fixe*. Dans cette condition, toutes les tentatives faites avec le seul secours des doigts et sans instrument pour faire rouler l'œil sur l'un de ses axes restent sans effet.

3° la position dans laquelle s'arrête l'œil des anesthésiés est la déviation de la cornée en haut, sous la paupière supérieure.

4° La situation fixe de l'œil pendant l'anesthésie paraît dépendre de ce que les muscles droits et les deux obliques de l'œil entrent dans un état de contraction tonique où ils se font équilibre pour maintenir le globe dans la situation où ce dernier a été en quelque sorte saisi par l'état anesthésique.

5° Tandis que le chloroforme a pour effet de résoudre partout ailleurs les contractions musculaires, il traite les muscles de l'œil d'une manière toute différente, et les maintient dans un état de tonicité remarquable.

6° Sous l'influence de cette contraction générale des muscles de l'œil, les liquides tendent à s'échapper de la coque oculaire. Chez un malade atteint d'une double cataracte et opéré des deux côtés par abaissement, il s'est produit aussitôt après l'opération un double chémosis séreux.

7° L'action du chloroforme sur l'organe de la vue présente deux ordres de phénomènes très distincts, suivant que le sujet est dans la période d'excitation ou dans la période de collapsus.

8° Le premier effet produit par le chloroforme sur la muqueuse oculaire est une action irritante. Aussi, l'impression générale des sujets soumis à l'inhalation est de fermer les paupières.

9° Pendant la période d'excitation, l'effet du chloroforme est gé-

néralement de dilater la pupille; mais au plus fort de l'état anesthésique, la pupille reprend sa contractilité, en apparence du moins, sous l'empire d'une action réflexe.

10° L'effet de la période de collapsus sur les paupières est de leur donner une immobilité en quelque sorte cadavérique, c'est-à-dire qu'elles gardent la situation que leur donne la main de l'observateur: s'il les entr'ouvre, elles restent entr'ouvertes; s'il les ouvre plus largement, elles ne se referment pas.

11° L'âge des sujets ne paraît pas exercer une grande influence; mais la débilité de la constitution et le sexe féminin rendent plus rapide et plus profonde l'action du chloroforme sur l'appareil de la vision.

12° L'immobilité cadavérique, ou inertie absolue des paupières, peut être considérée comme un excellent critérium de l'anesthésie complète. Chez tous les sujets arrivés à l'état de collapsus elle existait, et par contre on ne l'a que très rarement observée durant la période d'excitation.

13° Le chloroforme est un mauvais dilatateur de la pupille.

14° Sur les sujets cataractés qui ont été opérés dans l'état d'anesthésie complète, et chez lesquels il y a eu dilatation préalable de la pupille au moyen de la belladone ou de l'atropine, celle-ci se resserre brusquement dans les deux conditions que voici : chez les opérés par abaissement au moment où le cristallin cesse de se trouver dans le champ de la pupille; chez les opérés par extraction, au moment où l'humeur aqueuse s'écoule après l'incision de la cornée.

M. Giraldès. Je demanderai à M. Chassaignac si, par la lecture de ce travail, il a donné à entendre que le chloroforme n'a pas été employé dans les opérations qui se pratiquent sous les yeux; car si cela était, je lui objecterais que M. Bowman et B. Cooper l'ont employé dans des cas de cataracte ou de pupille artificielle chez des enfants.

M. Chassaignac. Je n'ai donné lecture de ce travail que pour faire connaître à la Société les recherches que j'ai commencées sur l'anesthésie oculaire, sans élever à cet égard aucune prétention de priorité.

M. Cloquet. Je demanderai si M. Chassaignac a pratiqué l'opé-

ration de la cataracte par extraction chez des individus soumis à l'action du chloroforme et ce qui est survenu.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion de faire cette opération dans ces circonstances, et l'œil n'a pas été vidé; mais si la membrane hyaloïde eût été intéressée, il est probable que l'œil se serait vidé.

M. Larrey insiste pour que le travail de M. Chassaignac, qui offre une série très curieuse d'observations, soit renvoyé au comité de publication.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— M. Giraldès rend compte de plusieurs travaux de chirurgie importants contenus dans le trente-quatrième volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*.

De la compression dans le traitement des tumeurs anévrismales.

Observation d'un anévrisme poplité guéri par la compression; remarques sur cette méthode de traitement, par le Dr Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, de Dublin.

L'auteur rapporte d'abord l'histoire d'un anévrisme poplité observé chez un homme de quarante-deux ans, et guéri par la compression. Ce malade, qui était un ancien militaire, entra à l'hôpital Saint-Vincent le 26 novembre 1850. Il portait dans la région poplitée droite une tumeur, dans laquelle il existait des pulsations, des mouvements d'expansion et un bruit de souffle. Elle avait trois pouces d'étendue en tous sens et remplissait toute la région poplitée; le membre était plus volumineux que celui du côté sain.

Le malade passa toute la journée du 30 au lit; il prit 10 grammes de poudre de jalap. Jusqu'au 3, on diminua successivement la quantité des aliments.

On commença la compression le 4 à onze heures du matin au moyen de deux compresseurs, l'un placé dans l'aine, et l'autre au tiers inférieur de la cuisse. La compression fut maintenue toute la journée et toute la nuit.

Le 5, à l'heure de la visite, les pulsations avaient cessé, la tumeur était dure, solide, limitée. Le malade resta au lit, et une compression modérée fut continuée.

Le 10, plus de compression; la tumeur est dure; on ne sent plus de pulsations.

Le 28, le malade part pour la campagne.

M. Bellingham fait suivre l'histoire de ce malade d'un tableau dans lequel sont inscrits 36 cas d'anévrisme traités par la compression. Il fait remarquer que ce nombre ne résume point toutes les observations dans lesquelles la compression a été employée ; il ne comprend que les cas traités de cette manière dans les hôpitaux de Dublin depuis 1843 jusqu'en 1850.

Ces 36 cas d'anévrisme comprennent :

6	anévrismes	de l'artère fémorale ;
26	—	de l'artère poplitée ;
3	—	de l'artère brachiale ;
1	—	de l'artère radiale.

Dans les 6 cas d'anévrisme de l'artère fémorale, il y a eu einq guérisons ; le sixième cas était un anévrisme diffus qui a nécessité l'amputation de la cuisse.

Sur les 26 cas d'anévrisme poplité, il y a 21 cas de guérison. Un de ces malades est mort d'une affection du cœur quarante-huit heures après la cessation des battements dans la tumeur.

Sur les 5 cas dans lesquels la compression a échoué, on trouve un cas dans lequel la compression n'a pas été continuée ;

Un 2ᵉ, où la ligature a été employée ;

Un 3ᵉ, pour lequel la galvanopuncture a été mise en usage conjointement avec la compression. Cette fois, il survint un érysipèle grave, et le malade succomba ;

Un 4ᵉ, où l'amputation a été pratiquée ;

Un 5ᵉ, où le malade succomba à une affection pulmonaire.

Le chirurgien de Dublin fait voir que dans un de ces cas la compression a été pratiquée chez le même malade pour un anévrisme de l'artère fémorale. Il ajoute que parmi les malades guéris la tumeur n'avait point reparu. Il montre, d'après les autopsies, que les guérisons se font par l'oblitération du sac, l'artère restant perméable dans une grande partie de son étendue.

Sur les trois observations d'anévrisme de l'artère brachiale il y a deux guérisons ; chez le troisième malade, il existait une anomalie de l'artère brachiale, et deux branches artérielles durent être liées.

M. Bellingham insiste sur l'importance d'une méthode de traite-

ment qui, sur 36 cas, n'a été suivie d'aucun accident qui lui soit propre, et il fait voir combien cette méthode doit être préférée à la ligature des artères, se fondant sur le grand nombre d'accidents graves qui accompagnent cette dernière opération. Ainsi, d'après une statistique publiée par Norris, où il a rassemblé 188 cas de ligature de l'artère fémorale pour des anévrismes poplités, on trouve 146 guérisons et 46 morts.

Depuis que la compression a été introduite dans la pratique des chirurgiens de Dublin, elle a rendu de grands services.

Si cette méthode n'a pas donné partout des résultats aussi favorables qu'à Dublin, c'est qu'elle a été appliquée d'une manière peu méthodique, et que les instruments de compression n'étaient pas convenables. Il ne s'agit pas pour réussir d'obtenir l'oblitération du vaisseau dans le point comprimé, mais bien de diminuer l'impulsion de la colonne liquide et de favoriser la coagulation du sang dans le sang.

Le travail de M. Bellingbam est suivi d'une observation d'un double anévrisme poplité communiquée par M. Heweth. Chez le malade sujet de cette observation, la mort fut la suite d'une affection interne. A son autopsie, on put suivre la marche de consolidation des poches anévrismales, et on put également constater la perméabilité de l'artère malade.

De l'emploi de l'électricité dans la pratique chirurgicale.

Le même ouvrage contient un travail de M. John Marschall, chirurgien adjoint de l'University College's Hospital; il a employé le galvanisme dans le but de produire la cautérisation d'un trajet fistuleux rebelle à d'autres moyens de traitement.

Cette opération a été pratiquée au commencement de septembre 1850 sur un jeune bomme de vingt-cinq ans, d'une constitution délicate, scrofuleuse, et cbez lequel une fistule avait succédé à un abcès de la joue. Des injections irritantes, caustiques, iodées furent employées sans succès; les moyens généraux ne réussirent pas mieux. Ce fut alors que M. Marschall se décida à employer le galvanisme. Il fit d'abord quelques essais sur le cadavre et les animaux dans le but de connaître la possibilité d'une cautérisation dans toute l'étendue du trajet fistuleux à l'aide d'un fil de platine, l'étendue de la partie cautérisée et les suites de la cautérisation;

enfin pour connaître quels devaient être le volume du fil de platine, l'intensité et la durée du courant.

Les expériences furent faites avec la pile de Grove, et donnèrent un bon résultat. Une fois le résultat connu, il employa ce moyen pour le jeune malade. La cautérisation fut pratiquée dans toute l'étendue du trajet fistuleux, et la guérison s'ensuivit.

M. Marshall fait suivre cette observation de quelques considérations sur ce qu'il appelle le cautère électrique ; il pense qu'on pourrait y recourir dans les fistules profondes, dans les fistules périnéo-urétrales, vésico-vaginales, et même dans les plaies empoisonnées.

On pourrait, suivant lui, essayer, par ce moyen, de détruire certaines tumeurs, comme les tumeurs érectiles ou hémorrhoïdales ; certaines maladies de la langue, du col de l'utérus ; ou s'en servir pour oblitérer des veines variqueuses. Il s'en est servi pour des hémorrhoïdes et dans le cas de fissure à l'anus. Ce sont, dit-il, les indications qu'il a trouvées dans le *Traité de l'électricité* par M. Becquerel qui l'ont porté à faire ces recherches.

Observation d'extirpation de l'ovaire avec succès, par M. Duffin. Analyse de 108 cas d'ovariotomie, par M. Robert Lee.

M. Robert Lee, à la suite d'une communication d'ovariotomie faite avec succès par M. Duffin chez une femme âgée de trente-huit ans, profite de cette circonstance pour faire connaître le résultat de la dissection de la tumeur enlevée, et surtout pour exposer les effets connus des opérations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre.

Il avait d'abord réuni 108 cas d'opération ; de nouvelles recherches ont porté ce nombre à 162. Ainsi, 162 extirpations de l'ovaire ou tentatives d'extirpation ont été faites dans la Grande-Bretagne ; sur ce nombre 162, il y a 61 morts.

Il était curieux de connaître l'âge précis des malades, et la mortalité suivant l'âge. Or, en étudiant le tableau de M. Lee, on ne trouve pas tous les éléments nécessaires ; ainsi, plusieurs cas sont inscrits sans que l'âge de la malade soit indiqué.

Toutefois, en réunissant les résultats qu'il a publiés, j'ai pu arriver aux chiffres suivants :

De 18 à 30 ans,	il y a 40 opérations,		19 morts.	
De 30 à 40	—	41	—	13 —
De 40 à 50	—	17	—	4 —
De 50 à 60	—	13	—	2 —

Ainsi, c'est dans la période de 18 à 30 ans que la mortalité a été plus grande.

J'ai voulu savoir également combien de jours après l'opération la mort était survenue, et, à moins de chercher ailleurs, on ne trouve pas encore tous les éléments nécessaires ; cependant j'ai trouvé 6 cas dans lesquels la mort a suivi de très près l'opération :

1 cas le lendemain;
2 trente-six heures après ;
1 quarante-huit heures après ;
1 trois jours après, de péritonite;
1 quatre jours après, de péritonite.

Au moment où cette discussion a eu lieu, M. R. Lee sollicita vivement les membres de la Société qui avaient pratiqué cette opération d'en faire connaître le résultat ; et s'il est vrai de dire qu'on a reproché à M. Lee d'avoir dressé un tableau sur des documents qui n'avaient pas toute la valeur nécessaire, il est également vrai de de dire que les ovariotomistes n'ont pas publié en entier les accidents et tous les cas de mort, comme M. R. Lee le leur a reproché.

Maintenant, si nous décomposons le tableau de M. Lee, nous arrivons au résultat suivant :

Sur 162 ovariotomies, 8 dans lesquelles il n'y avait pas d'ovaire malade.

Dans 60 cas, l'ovaire n'a pas été enlevé ; sur ce nombre, 19 morts.

Sur le nombre 102, dans lequel l'opération a été terminée, il y a eu 42 morts.

Oblitération partielle de l'artère crurale à la suite d'une ligature.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société le bassin et le membre inférieur droit d'une femme avec les artères injectées. Dernièrement, en disséquant le cadavre d'une femme adulte, il s'aperçut que l'artère crurale droite était en partie oblitérée ; des recherches

qu'il fit à ce sujet lui ont fait penser que cette oblitération avait été causée par une ligature faite probablement pour une plaie artérielle. L'oblitération, longue de 4 centimètres, s'étend depuis l'épigastrique jusqu'à la fémorale profonde : un cordon fibreux imperméable remplace l'artère. M. Verneuil a trouvé une cicatrice à un centimètre au-dessous de l'arcade crurale et parallèlement à ce ligament ; sur aucun point du système artériel il n'a rencontré de traces de tumeur anévrismale, d'où l'hypothèse d'une plaie antérieure. L'artère fémorale était partout perméable à la cuisse ; l'artère iliaque externe était perméable jusqu'à l'épigastrique, mais considérablement diminuée de calibre ; l'iliaque interne, devenue au contraire très volumineuse, rétablissait la circulation, surtout par les branches obturatrice et fessière ; les artères honteuse interne et ischiatique y contribuaient beaucoup moins. Quant aux artères viscérales et aux artères du côté opposé, leur calibre était le même.

A la cuisse, les artères circonflexe interne, honteuses externes, superficielles et profondes, la fémorale profonde ramenaient le sang dans la crurale par un réseau artériel très riche situé dans la région interne et supérieure de la cuisse au niveau de la fosse obturatrice. Les artères des nerfs crural et sciatique étaient très dilatées.

La conservation des vaisseaux du côté sain permet de comparer l'état du système vasculaire du côté de l'oblitération. Les vaisseaux qui établissent les anastomoses ont un aspect particulier ; ils sont flexueux, contournés en hélice ; en certains points, ils sont comme variqueux.

Les deux membres étaient égaux ; l'appareil musculaire annonçait une grande vigueur.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 4 août 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Pupille artificielle.

M. Morel-Lavallée J'ai pratiqué dernièrement, en employant

le chloroforme, une pupille artificielle chez une jeune enfant de neuf ans, et voici ce que j'ai observé. Avant que la résolution fût complète, le globe de l'œil était mobile ; mais, lorsque la malade fut dans un état complet de résolution, l'œil ne fit aucun mouvement ; il resta comme fixé par l'ophthalmostat. J'ai pu, après la ponction à travers la cornée transparente, saisir l'iris avec une pince et en exciser deux lambeaux sans éprouver la moindre gêne. Un instant je craignis pour la sortie du corps vitré ; une petite portion, de la grosseur de la tête d'une épingle, avait fait hernie, mais elle rentra facilement dès que l'action du chloroforme eut cessé. Je crois donc que c'est un moyen précieux, puisqu'à la rigueur on peut se passer d'aide pour maintenir le globe de l'œil. Du reste, j'ajouterai que dès le principe M. Gerdy avait employé l'éther pour les opérations pratiquées sur les yeux.

M. Chassaignac insiste de nouveau pour récuser toute idée de priorité.

M. Vidal dit que, si on veut remonter à la question de priorité, il faudrait aller plus loin, car ce fut un oculiste qui employa un des premiers sur les yeux les agents anesthésiques en se frottant les mains avec de l'éther et en les approchant des yeux.

Kyste de la grande lèvre.

M. Guersant annonce que la tumeur que la jeune fille dont il a été question dans une autre séance portait à la grande lèvre était bien un kyste. Il a fait la ponction et a pratiqué ensuite une injection avec la teinture d'iode (trois parties de teinture alcoolique et une partie d'eau). La matière contenue dans le kyste était très fétide et tellement épaisse qu'elle n'a pu sortir par la canule d'un trocart ordinaire : il a fallu faire une seconde ponction avec un gros trocart.

M. Lebert est prié de vouloir bien examiner la nature de la matière extraite.

Observation de rupture utérine.

M. Danyau fait un rapport sur une observation de rupture utérine communiquée par M. le docteur Mavel, d'Ambert. L'accident eut lieu pendant le travail de l'enfantement et fut suivi du passage du fœtus dans la cavité péritonéale. L'accouchement, qui put être

terminé par les voies naturelles, eut une heureuse issue pour la mère.

Des remercîments seront adressés à M. Mavel pour son intéressante communication, et le rapport de M. Danyau, qui en renferme une analyse très complète, sera renvoyé au comité de publication.

Modifications qui surviennent dans la circulation artérielle après l'oblitération d'une grosse artère.

M. Gerdy. Dans la dernière séance, M. Verneuil vous a présenté une pièce fort curieuse d'oblitération de l'artère fémorale ; à ce sujet, je veux vous faire part de quelques considérations qui ont échappé à M. Verneuil. J'ai examiné, le compas en main, les artères des deux côtés, et j'ai été frappé de quelques différences de diamètre qui doivent nécessairement influer sur les lois de la circulation.

Sur la pièce de M. Verneuil, l'artère fémorale est oblitérée depuis l'épigastrique et l'iliaque antérieure jusqu'à 35 millimètres au-dessous. Les iliaques droite et gauche ont les diamètres transverses suivants :

Iliaques primitives à leur naissance :

La droite, 9 millimètres; la gauche, 13 millimètres.

A leur terminaison :

La droite, 11 millimètres; la gauche, 12 millimètres;
L'iliaque externe droite, 4 millimètres; la gauche, près de 9;
L'iliaque interne droite, 9 millimètres; la gauche, 6.

D'après ces chiffres, on voit que l'iliaque primitive droite est plus longue et moins grosse que la gauche; que l'iliaque externe droite est plus faible que la gauche; que l'iliaque interne droite est plus forte d'un tiers seulement que la gauche; mais que les iliaques externe et interne droites réunies n'égalent pas les artères du côté opposé. Il doit donc passer plus de sang dans les artères du membre gauche que dans celles du côté droit.

A la simple vue, l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent plus volumineuses à gauche qu'à droite, et l'obturatrice droite plus forte que la gauche. La fessière, la honteuse interne et l'ischiatique droites sont à peine plus fortes que celles du côté opposé; mais

leurs divisions sont plus nombreuses, leurs anastomoses plus marquées. Il est fâcheux qu'en préparant cette pièce toutes les branches du membre gauche n'aient pas été conservées comme à droite. Si un cas analogue se représentait, ce serait une précaution qu'il ne faudrait pas négliger de prendre pour mieux se rendre compte des différences survenues dans les artères des deux côtés; néanmoins, la pièce de M. Verneuil est encore très concluante.

Ainsi, on est d'abord frappé de l'étroitesse de l'iliaque externe placée immédiatement au-dessus de la fémorale liée et terminée aussi par l'épigastrique et l'iliaque antérieure non oblitérées, mais plus faible que les artères correspondantes du côté gauche. J'ignore pourquoi cette artère est rétrécie, et comment elle n'a pas été dilatée par les efforts du sang artériel qui n'y trouvait plus d'issues faciles. Je remarquerai seulement que l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent s'être difficilement prêtées à l'augmentation de leur circulation. Cela tient-il à ce que, communiquant avec les lombaires, les intercostales et les mammaires internes, leur circulation a éprouvé trop d'opposition de la part de ces artères ?

On comprend mieux que la dilatation des iliaques primitives, externe et interne gauches soit plus considérable que celle des artères du côté opposé, bien que les collatérales du côté droit soient elles-mêmes plus volumineuses que dans l'état normal; cela est dû au mécanisme des résistances du cours du sang. On sait que les quantités de sang qui passent dans les artères d'un volume égal sont en raison inverse des résistances que le sang y éprouve; c'est ce qui a eu lieu dans le fait de M. Verneuil. L'artère crurale droite étant oblitérée, il en est résulté des obstacles à la circulation dans le membre de ce côté; et bien que les collatérales de ce membre fussent plus ouvertes à la circulation que dans l'état normal, puisqu'elles déversaient librement leur sang dans les collatérales inférieures et dans la fémorale au-dessous de la ligature, leur insuffisance de calibre a forcé le sang à refluer dans le membre gauche et vers les parties supérieures, où la résistance était moindre, au-dessus de l'oblitération de la fémorale : de là une dilatation générale de l'artère d'une manière plus ou moins sensible. C'est peut-être parce que depuis longtemps on n'a pas eu une idée bien juste sur ce qui se passait dans ces circonstances qu'on n'a pas reconnu plus tôt ces dilatations étrangères aux artères collatérales.

C'est ce que j'ai désigné sous le nom de circulation refluente, phénomène physiologique qui pourrait peut-être expliquer quelques-uns des cas primitifs ou consécutifs qui accompagnent la ligature d'artères un peu volumineuses, comme la gangrène ou les congestions cérébrales ou pulmonaires.

Ces modifications dans la circulation à la suite des ligatures d'artères ne me semblent pas avoir été envisagées sous leur véritable point de vue : c'est pour cela que j'ai cru devoir faire ces observations.

M. Cullerier demande si des recherches ont été faites pour constater si l'afflux plus considérable du sang dans ces circonstances n'augmente pas le développement de la chaleur.

M. Gerdy répond que ses recherches n'ont pas porté sur ce point.

Ligature de l'artère carotide primitive droite à la suite d'une plaie par instrument tranchant.

M. Michon. Comme je rentrais hier vers les deux heures, j'ai été appelé pour un cas de blessure artérielle accompagnée de circonstances assez insolites.

Voici le fait.

Une ouvrière des environs de la montagne Sainte-Geneviève ne voulant plus avoir de relations avec un jeune homme, celui-ci résolut de se venger; étant entré dans l'atelier où elle travaillait, il lui enfonça à la partie inférieure droite du cou un couteau qui pénétra obliquement au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien : après cette action, il se brûla la cervelle. Sur-le-champ le sang jaillit en abondance, la malheureuse femme eut encore assez de force pour courir, traverser la rue, et entrer chez un pharmacien, où elle reçut les premiers soins de M. le docteur Picard et de plusieurs autres médecins.

Lorsque j'arrivai, je trouvai la malade étendue sur un matelas dans une arrière-cour. Notre confrère Picard avait de suite introduit son doigt dans la plaie, et, par une compression habilement faite, était parvenu à arrêter l'hémorrhagie.

Je m'agenouillai près de la malade, qui était presque exsangue; j'examinai le cou, qui était déformé par une quantité notable de

sang épanché sous les téguments; j'introduisis à mon tour mon doigt dans la plaie, pour connaître sa direction et chercher quel était le vaisseau lésé. Dans ce moment, un jet de sang vermeil s'échappa hors de la plaie : il n'y avait pas de temps à perdre. Pour me donner plus de facilité, je débridai en haut la plaie, qui pouvait avoir 2 centimètres d'étendue, et je fis une seconde incision sur la ligne médiane, parallèle à la trachée, suivant le procédé de M. King; j'allais autant à la recherche du tronc brachio-céphalique que de l'artère carotide.

L'infiltration sanguine, comme vous le pensez, gênait beaucoup pour bien établir les rapports. J'avais porté l'indicateur gauche en arrière, de telle sorte qu'en soulevant les parties je comprimais en même temps l'artère lésée. Une première fois, je portai une ligature, croyant saisir l'artère; mais l'anse de fil n'ayant embrassé qu'une portion musculaire, peut-être du thyro-hyoïdien, je dus recommencer. Ce fut alors que je m'aperçus qu'il y avait deux jets de sang, l'un provenant du haut, et l'autre du bas. Cette circonstance redoubla mon courage; car je pensai que c'était la carotide primitive qui était coupée transversalement, et non le tronc brachio-céphalique. Ayant lié le bout supérieur en l'attirant, je me mis à la recherche du bout inférieur. A cet effet, je passai un stylet aiguillé en arrière en rasant le bord du sternum, et l'artère fut étreinte. Cette opération présenta plus d'une difficulté : j'étais gêné par la position et par la malade qui criait et était très agitée. Lorsque la ligature fut terminée, la quantité de sang noir qui s'écoulait me fit craindre que quelque veine importante n'eût été lésée. Ce matin j'ai vu cette malade, que j'ai fait transporter à la Pitié, dans mon service; son état général est assez satisfaisant. Il est possible qu'elle guérisse si la ligature du bout inférieur n'est pas trop près du tronc brachio-céphalique. Une fois les premiers accidents passés, nous aurons à craindre ceux qui peuvent survenir à la chute de la ligature.

En terminant, je ferai remarquer qu'entre l'accident et la ligature il s'est passé un temps assez considérable, pendant lequel la malade a perdu beaucoup de sang. Une des circonstances qui ont pu empêcher une plus grande quantité de sang de s'échapper, ce sont l'obliquité de la plaie et les soins éclairés de plusieurs de nos confrères.

Sur un cas de rupture de l'utérus.

M. Danyau lit le rapport suivant :

M. le docteur Mavel, d'Ambert, a transmis à la Société une observation dont elle m'a chargé de lui rendre compte.

C'est un cas de *rupture utérine pendant le travail de l'enfantement* suivi du passage du *fœtus dans la cavité péritonéale*, dans lequel l'accouchement a pu être terminé par les voies naturelles et a eu une heureuse issue pour la mère.

Voici le sommaire de cette observation :

Une femme de trente-sept ans, mince, grêle, assez bien conformée, mais de très petite taille (1 mètre 36); qui de 9 enfants, dont deux jumeaux, n'en avait mis au monde que cinq vivants, était en travail depuis la veille, lorsque le 27 octobre 1851, à midi, dix heures après la rupture des membranes et l'écoulement d'une médiocre quantité de liquide amniotique, elle éprouva tout à coup, sans augmentation notable des douleurs et sans administration préalable de seigle ergoté, une sensation de déchirement accompagné d'un bruit distinctement entendu des assistants, et poussa un cri annonçant avec frayeur que quelque chose venait de se rompre dans son ventre et que son enfant avait changé de place.

La décoloration instantanée de la face, l'altération des traits, les vomissements qui se succédaient, le refroidissement de la peau, l'effacement presque complet du pouls, l'accélération de la respiration, la brusque cessation du travail, le déplacement de la tête du fœtus, qui, d'abord fixée au détroit supérieur et facilement accessible, ne pouvait plus être atteinte, dénotaient l'existence d'une rupture et le danger imminent qui menaçait les jours de cette malheureuse femme.

Mandé par son confrère M. le docteur Sabatier, M. Mavel ne put se rendre auprès d'elle que trois heures après l'accident. Après avoir constaté, outre les symptômes énumérés plus haut, la déformation du ventre offrant deux tumeurs distinctes, l'une à droite constituée par le fœtus, l'autre à gau-

che d'une moindre consistance formée par l'utérus, M. Mavel, parfaitement édifié sur le diagnostic et convaincu de la nécessité d'une intervention immédiate, rejette d'une part la gastrotomie comme trop dangereuse pour la mère et sans utilité pour l'enfant, dont le déplacement a entraîné la mort, de l'autre l'application du forceps comme impraticable, et opine pour la version. On lui confie le soin de l'exécuter.

« Introduisant, dit-il, la main droite, je refoule légèrement » la tête, qui est sur le bord droit de la fosse iliaque, et je » la sens disparaître dans le ventre; là ma main se trouve en » contact avec le cordon ombilical et avec une masse d'intes- » tins que je distingue du cordon en ce que le mésentère » m'empêche de les circonscrire. En suivant le corps de l'en- » fant, j'arrive, en portant la main dans la pronation forcée, » jusque sur les pieds, qui sont placés au-dessus de la ma- » trice, presque dans la région splénique; la flaccidité de la » matrice ne mettant point obstacle à la manœuvre, je puis » sans difficulté amener à la vulve l'enfant jusqu'à la tête, » qui seule offre quelques difficultés à raison de son grand » volume proportionnellement à l'étroitesse du bassin. »

Les suites furent merveilleusement simples. Nous trouvons dans les détails qui suivent et que l'auteur donne de douze en douze heures pendant les cinq premiers jours, que la peau se réchauffa peu à peu, que les vomissements cessèrent presque immédiatement, que l'altération des traits ne fut pas non plus de longue durée, que la fréquence du pouls diminua graduellement, que la respiration devint de plus en plus libre; que le ventre, douloureux plutôt par suite du météorisme que par toute autre cause, s'affaissa et s'assouplit de jour en jour, et que ces heureuses modifications furent dues au traitement le plus simple, à l'application longtemps continuée de fomentations sur le ventre, à l'usage d'abord de toniques diffusibles, puis de narcotiques en potion, à l'emploi de légers laxatifs, à une diète sévère.

Les détails cessent un peu brusquement. L'auteur, ayant

noté le 31 octobre et le 1er novembre un point douloureux à gauche, termine ainsi : « Les jours suivants, la diminution » des douleurs nous permet de percevoir dans le flanc gau- » che une tuméfaction considérable causée par la présence » des matières que la matrice y a laissées en se retirant, telles » que caillots de sang, eaux de l'amnios, méconium. A ces » corps étrangers, il faut ajouter la lymphe plastique sécrétée » par le péritoine enflammé. Nous avons pu chaque jour » suivre la diminution de cet engorgement, et aujourd'hui, » 1er décembre, nous avons la satisfaction de le voir disparu » en entier. La malade se lève plusieurs heures chaque jour; » le pouls bat 60 fois à la minute ; l'appétit est bon ; toutes » les fonctions s'exécutent à merveille, et tout nous fait espé- » rer que rien ne viendra rappeler les accidents inflamma- » toires que nous devions tant redouter. »

Le cas rapporté par M. le docteur Mavel est un fait nouveau à ajouter à ceux que la science possède déjà (1), et qui démontrent les avantages de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, lorsqu'à la suite d'une rupture il est passé dans la cavité péritonéale. Le succès dépend de la décision de l'opérateur, de la rapidité de l'exécution et des ménagements observés dans la manœuvre. Sous tous ces rapports, la femme dont vous venez d'entendre l'histoire ne pouvait tomber en de meilleures mains.

Les félicitations bien méritées que nous adressons à notre habile confrère ne doivent pas nous empêcher de signaler quelques regrettables lacunes dans l'intéressante observation qu'il nous a envoyée.

Et d'abord, quel était le siége de la rupture? Etait-elle au fond, au corps, au col de l'utérus? Est-il bien démontré qu'elle fût en un point quelconque de cet organe? N'était-elle pas plutôt à l'union de l'utérus et du vagin?

---

(1) Voyez notre Mémoire sur la rupture du vagin, etc. *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II.

Rien ne justifie l'idée d'une rupture de l'utérus proprement dite, ou au moins d'une rupture du corps. L'opérateur a-t-il dû franchir l'orifice utérin avant d'arriver à la crevasse ? La main a-t-elle rencontré au delà une ouverture accidentelle plus ou moins resserrée qu'il lui a fallu traverser pour atteindre le fœtus dans la cavité péritonéale ? Sur tous ces points, qui, bien connus, permettraient d'établir quelque chose de précis, l'observateur se tait absolument. Faut-il conclure à un oubli, ou ne doit-on pas plutôt admettre que notre confrère n'a rencontré ni orifice utérin, ni crevasse au delà de cet orifice, mais seulement au fond du vagin une large déchirure n'intéressant peut-être que l'union de ce canal à l'utérus, ou tout au plus avec une portion du canal, le col utérin, à une hauteur ou dans une étendue transversale plus ou moins considérable ? Cette supposition, que je crois vraie, explique la facilité de la manœuvre, au moins en ce qui concerne l'introduction de la main et la version du fœtus. N'eût-on pas éprouvé plus de difficulté à franchir, trois heures après l'accident, une crevasse dont la déplétion et la rétraction de l'utérus auraient certainement diminué la largeur et bridé la circonférence ? M. Mavel parle, il est vrai, de la flaccidité de la matrice, circonstance heureuse qui aurait permis à la main d'agir librement. Mais ce sont là des détails bien insuffisants, et qui laissent le lecteur tout au moins dans le doute relativement au point qu'il me semblait important de bien préciser.

En exprimant l'opinion que M. Mavel n'a pas tout à fait rencontré ce qu'il donne à entendre, et ce qu'il croit consciencieusement avoir trouvé, nous n'avons rien pensé et encore bien moins n'avons-nous rien voulu dire de désobligeant pour cet honorable praticien. Nous savons ce que fait naître tout d'abord de trouble dans l'esprit un cas de rupture des voies génitales compliquée du passage du fœtus dans la cavité du péritoine. Nous savons quelle est, au milieu de ces circonstances si graves, la préoccupation dominante de l'opéra-

teur, que, tout entier aux soins d'une délivrance dont la rapide exécution importe au salut de la mère, il peut bien ne pas prendre le temps de rechercher et de reconnaître ce qu'en toute autre occasion il n'oublierait pas de constater, et nous sommes d'avis que le succès l'absout aux yeux de l'art d'omissions qui ne laissent pas pourtant d'être regrettables pour la science.

C'est à ce point de vue, et tout en rendant justice, comme nous l'avons déjà fait, à la conduite de M. Mavel, que nous avons dû signaler le vague et l'insuffisance des détails sur le point capital de son observation. Ajoutons que nous ne sommes pas mieux renseignés sur l'étendue, la direction de la déchirure, et qu'il n'est pas davantage fait mention du côté antérieur, postérieur, droit ou gauche, qui avait subi cette grave lésion.

Si nous avons cherché à expliquer et à excuser quelques-unes des omissions de l'honorable médecin d'Ambert, il en est d'autres qu'il ne nous semble pas possible d'atténuer. Un renseignement qu'il n'aura pas manqué de prendre et qu'on regrette de ne pas trouver dans le récit des circonstances qui ont précédé la rupture, c'est l'état de l'orifice. Etait-il rigide ou souple? Quels progrès la dilatation avait-elle faits? L'indication de ces détails nous aurait peut-être permis, sinon de suppléer à l'absence de ceux qui nous manquent sur le siége, la direction, l'étendue de la déchirure, du moins d'ajouter aux présomptions que nous avons énoncées et peut-être déjà assez bien établies.

Dans une observation comme celle du docteur Mavel, devait-on se contenter de signaler l'étroitesse du bassin ; le degré de la viciation n'aurait-il pas dû être indiqué? Les dimensions de l'enfant, également passées sous silence, n'importaient pas moins, et le sexe lui-même, auquel, depuis les remarques de Clarke, de Collin, et surtout de Simpson, on attribue une certaine influence sur les ruptures de l'utérus et du vagin, aurait dû être noté.

Il n'est pas question dans l'observation de M. le docteur Mavel d'hémorrhagie, cette complication fréquente des ruptures de l'utérus. Est-ce encore un oubli, ou bien n'y a-t-il eu qu'un écoulement de sang insignifiant? L'absence d'hémorrhagie serait pour nous une nouvelle présomption en faveur d'une simple rupture du vagin, une présomption, disons-nous, et rien de plus; car une rupture de l'utérus peut ne s'accompagner que d'un écoulement de sang médiocre, et exceptionnellement une rupture du vagin seul peut se compliquer d'une hémorrhagie véritable.

Cette absence de l'hémorrhagie, en supposant même que les lèvres de la déchirure n'eussent fourni qu'une quantité peu considérable de sang, se concilie mal avec la flaccidité de la matrice, à moins qu'on n'admette que le placenta fût resté adhérent à sa surface naturelle d'implantation et que le plus petit décollement ne se fût pas opéré pendant les trois heures qui s'écoulèrent depuis l'accident jusqu'à l'arrivée de M. Mavel. Or, non-seulement cela est peu probable, mais il est au contraire presque certain que le placenta, plus ou moins promptement décollé, aura été facilement expulsé, après l'enfant, de la cavité de l'utérus dans celle du péritoine. On s'étonnera sans doute de nous voir accumuler ces suppositions; mais toutes ces conjectures, dont quelques-unes, nous l'avouons, peuvent bien n'être pas vraies, une description plus circonstanciée nous les eût épargnées. N'est-il pas bien regrettable, par exemple, que l'auteur n'entre, relativement à la délivrance proprement dite, dans aucun détail? «*La délivrance terminée*, dit-il, la malade fut reportée dans son lit.» Telles sont, sur ce point, ses seules paroles: laconisme excessif qui équivaut presque à un silence absolu.

Nous craignons que M. Mavel n'ait pas été parfaitement renseigné sur toutes les circonstances qui ont précédé la rupture. Rien n'avait été observé, rien du moins ne lui fut communiqué relativement au caractère des douleurs. Les symptômes de la rupture éclatèrent sans augmentation préalable,

sans modification sensible ou du moins constatée de ces douleurs, circonstance tout à fait exceptionnelle, et fort intéressante à opposer à ce que le travail présente sous ce rapport de caractéristique dans l'immense majorité des cas. Elle prouverait, s'il n'y a pas encore ici quelque inexactitude ou quelque omission, que le praticien le plus attentif peut être surpris par l'apparition subite et sans phénomènes précurseurs du terrible accident qui a failli coûter la vie à la femme d'Ambert, et que, s'il est des cas où le médecin averti par quelque prodrome peut utilement recourir à des moyens préventifs, il en est d'autres qui mettent en défaut la vigilance la plus exacte et la plus éclairée.

Il nous reste une dernière remarque à faire : elle est relative à cette tuméfaction considérable découverte au bout de quelques jours dans le flanc gauche, et que M. Mavel attribue à l'épanchement dans le ventre de caillots sanguins, de liquide amniotique et de méconium. En admettant qu'un épanchement fût réellement la cause de cette tuméfaction, il me paraît bien difficile d'accorder à notre confrère que les matières épanchées fussent celles qu'il a indiquées. Pour du sang liquide ou en caillots, point de doute assurément ; mais pour du liquide amniotique et du méconium, je n'y crois guère, et M. Mavel me paraît avoir fait, à cet égard, une supposition gratuite que repoussent également l'expérience et le raisonnement. Il y avait dix heures déjà que les membranes étaient rompues, et il est probable qu'au moment de cette rupture tout le liquide amniotique se sera écoulé. En tout cas, l'élévation de la tête, que le rétrécissement du bassin retenait au-dessus du détroit supérieur, aura facilité l'écoulement de ce qui restait après le premier flot, et l'évacuation n'aura pas tardé à être complète. Au moment de la rupture il ne devait plus rester d'eau dans l'amnios, et il n'a pu, par conséquent, s'en épancher dans la cavité péritonéale. D'ailleurs, si la rupture existait dans un point déclive, et à plus forte raison si elle avait eu lieu à l'union de l'utérus

et du vagin, ce qui restait de liquide, obéissant à son propre poids, ne se serait-il pas écoulé par la vulve?

L'épanchement du méconium, qui n'a été constaté dans aucun cas, à ma connaissance du moins, me paraît encore bien plus inadmissible. Que sous l'influence d'un long et pénible travail, d'une congestion cérébro-spinale prolongée, l'enfant rende une certaine quantité de méconium, c'est un fait de physiologie pathologique bien connu, et qui a fourni autrefois et fournit encore au praticien d'importantes indications. Mais peut-on comparer la souffrance croissante du fœtus que cet écoulement manifeste avec l'angoisse subite et la mort presque instantanée qui résultent de son passage à travers une large solution de continuité, dans la cavité péritonéale? Simplement menacé dans le premier cas, foudroyé dans le second, sont-ce là des circonstances comparables, et ce qui advient dans l'un doit-il advenir dans l'autre? Nous ne le pensons pas; et l'examen des cadavres n'a jamais, en effet, révélé l'épanchement que M. Mavel suppose. Notre confrère a-t-il bien songé, d'ailleurs, aux conséquences d'un épanchement de cette nature? S'il en eût été ainsi, une péritonite mortelle ne se serait-elle pas développée, et l'art, au lieu d'un nouveau succès dont il peut à bon droit se glorifier, n'aurait-il pas eu encore un malheur à déplorer?

Arrêtons-nous ici, messieurs, et sans plus rien mettre en question, bien que nous eussions pu nous demander peut-être si ce que M. Mavel indique comme le résultat d'un épanchement n'aurait pas été plutôt un phlegmon consécutif dans le voisinage de la rupture, terminons comme nous avons commencé, en payant un juste tribut d'éloges au bon jugement, à la prompte décision et à l'habileté de notre confrère d'Ambert.

Les conclusions que nous avons l'honneur de vous proposer sont les suivantes :

1° Adresser à M. Mavel une lettre de remercîments pour son intéressante communication;

2° Insérer son observation dans les Bulletins de la Société.

— A cinq heures et demie la Société se réunit en comité secret pour l'examen de plusieurs propositions.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 11 *août* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal. Je demanderai la parole pour faire remarquer à la Société que, dans le travail que je lui ai lu sur le chloroforme, je me suis abstenu de formuler aucune des indications de son emploi dans la médecine opératoire oculaire. Si j'étais entré dans cette voie, je dois dire à la Société que j'y aurais été précédé par M. Jungken, de Berlin, qui a traité des indications du chloroforme dans les opérations à pratiquer sur les yeux.

Mon travail ne porte que sur les phénomènes physiologiques oculaires pendant l'action du chloroforme. C'est une étude qui peut et doit régulariser les indications de son emploi; mais enfin il est de mon devoir de dire que ces indications mêmes ont été données, d'une manière fort contestable à la vérité, par M. Jungken.

Amputation du pied par le procédé de Lisfranc.

M. Chassaignac présente à la Société une malade à laquelle il a pratiqué, il y a deux ou trois mois, l'amputation partielle du pied par le procédé de Lisfranc. Il s'agissait d'un cas de gangrène par congélation.

Le but de la présentation est de faire constater

1° L'équilibre parfaitement exact qui existe entre l'action des muscles de la partie postérieure et ceux de la partie antérieure de la jambe. L'absence par conséquent de toute rétraction du tendon d'Achille et la direction rigoureusement perpendiculaire, au repos, de la jambe sur la portion tarsienne du pied;

2° Dans la marche, qui est possible chez cette malade sans le se-

cours d'aucun appareil prothétique, toute la portion du pied qui a été conservée porte très exactement sur le sol dans toute sa longueur. De plus, le premier cunéiforme reste étranger à cette sustentation, qui a pour principal agent le bord externe du tarse.

Correspondance.

M. le docteur Rigal (de Gaillac) écrit pour remercier la Société de la nomination de membre correspondant.

M. le docteur Bowman (de Londres) adresse également des remercîments à l'occasion du titre d'associé étranger qui lui a été conféré.

M. le docteur Risk (de Glascow) écrit à la Société pour l'informer que dans peu il lui adressera plusieurs travaux originaux.

M. le docteur Borelli (de Turin) adresse à la Société un travail sur les injections iodées et plusieurs observations imprimées sur le même sujet. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de faire un rapport sur les diverses préparations d'iode employées en injection. M. Follin est adjoint à la commission.

M. Danyau dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine et médecin de l'hôpital français à Smyrne, une observation de carie et de nécrose du tibia, avec ablation totale du corps de cet os, suivie de guérison. MM. Laborie, Forget et Giraldès sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

On femoral rupture, its anatomy pathology and surgery with a new mode of operating applicable to cases of strangulated hernia generally; par le docteur John Gay.

Vierteljahrschrift für die Praktische Heilkunde herausgegeben von der medicinischen facultat in Prag, red. a Pr Halla und Dr Harner.

Grossesse anormale.

M. Huguier communique en entier toute l'observation de grossesse anormale dont il avait déjà entretenu la Société. Cette observation est renvoyée au comité de publication.

M. Danyau demande que quelques rectifications soient faites à cette observation.

M. Huguier. Je ne voudrais pourtant pas quitter ce sujet sans signaler à votre attention une disposition particulière du col de

l'utérus chez certaines femmes enceintes pour la première fois. Cette disposition a peut-être été la cause d'erreurs graves dans les premiers mois de la grossesse. Quatre fois déjà j'ai rencontré sur trois jeunes femmes, deux fois chez la même, un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. A deux mois et demi, le corps de l'utérus s'élevait à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis; le doigt porté dans le vagin ne pouvait que très difficilement, et en refoulant le périnée en arrière, arriver jusqu'à lui : il fallut, chez l'une de ces femmes, que la main gauche appliquée sur l'hypogastre le déprimât vers la vulve pour que le doigt explorateur le sentît.

Par le toucher vaginal, on reconnaissait que la partie du col située au-dessus de l'insertion du vagin était allongée, résistante, cylindrique, non évasée, excepté tout à fait à la partie supérieure. La portion sous-vaginale (museau de tanche) était restée conoïde, elle était un peu plus longue qu'à l'état normal ; la lèvre postérieure descendait un peu plus bas que la lèvre antérieure, de telle sorte que la surface inférieure du col était dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. La totalité du col était courbée, elle offrait une concavité en avant. Le sommet, au lieu d'être en arrière, regardait l'arcade du pubis; il en résultait que cette portion de l'utérus ressemblait à un bec d'aiguière. Il y avait donc, chez ces femmes, élévation du corps de l'utérus, hypertrophie et antéflexion du col.

Instruments nouveaux ou modifiés.

M. Chassaignac présente quelques instruments qu'il a fait construire par M. Mathieu, et qui satisfont à certaines indications du manuel opératoire jusqu'ici négligées. Ces instruments sont :

1° Un spéculum de la bouche, qui permet de placer sans difficulté l'amygdalotome de Fanestock, même sur des sujets indociles.

2° Une aiguille à manche, dite *aiguille à résection.* Toutes les aiguilles à manche et dont le chas est fermé ne peuvent s'adapter à certaines exigences du manuel opératoire, parce qu'on est obligé, quand on veut dégager l'aiguille, de défiler le fil dans toute sa longueur ; on remédie à cela en employant des aiguilles dont le chas est fendu en œil de perdrix, mais on a alors l'inconvénient d'accrocher les tissus avec les bords de la fente pratiquée à l'œil de

l'aiguille. Il fallait parer à cet inconvénient : c'est ce qui a été fait par un mécanisme de clapet dans l'aiguille à résection, telle que vous la voyez.

3° Une algalie ou sonde urétrale ordinaire, dans laquelle, à l'emploi de la vis comme moyen d'articuler les deux pièces de l'instrument, on a substitué un mécanisme analogue à celui d'une douille de baïonnette.

Les avantages résultant de cette modification seraient de diminuer beaucoup moins que dans les algalies à vis le calibre de la sonde, d'éviter tout cliquetis capable de troubler dans l'exploration diagnostique de la vessie, de permettre un maniement plus prompt pour la jonction des deux pièces, d'éviter l'usure rapide du métal inhérente au mécanisme de la vis.

M. Larrey. Je demanderai à notre collègue si l'aiguille qu'il vient de nous présenter n'offre pas quelque analogie avec celle que Fauraytier, ancien et regrettable élève des hôpitaux civils, avait imaginée pour la staphyloraphie et pour quelques autres sutures.

M. Chassaignac. La différence entre l'aiguille de Fauraytier et la mienne consiste en ce que, dans la première, le fil ne se dégage pas du chas de l'aiguille ; c'est celle-ci qui, étant très courte, passe tout entière à travers le tissu qu'on veut ligaturer et devient libre par delà le trou qu'elle a fait, ce qui oblige ensuite à la défiler. Dans l'aiguille à résection, au contraire, l'instrument est tout d'une pièce, et le fil peut être dégagé du chas de l'aiguille par un simple mouvement de traction. L'aiguille de Fauraytier ne peut s'appliquer qu'à des membranes peu épaisses, tandis que l'aiguille à résection peut servir à contourner des os volumineux et traverser de grandes épaisseurs de tissus. Le principe de construction diffère essentiellement.

— A cinq heures, la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 18 *août* 1852.

Présidence de M. Guersant.

De l'emploi des agents anesthésiques pour calmer des douleurs survenues à la suite d'une lésion du nerf sciatique.

M. Debout présente un jeune homme blessé d'un coup de feu dans les événements de décembre ; c'est le malade sur lequel M. Huguier avait appelé l'attention de la Société dans la séance du 3 mars dernier, à propos de douleurs atroces survenues dès le lendemain de l'accident dans tout le membre blessé. La sensibilité avait été portée à ce point que le moindre mouvement, le moindre ébranlement mettaient le blessé hors de lui ; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents, qui avaient cessé en grande partie à la suite de la ligature de l'artère fémorale, reparurent bientôt avec une nouvelle intensité ; en vain tous les narcotiques furent-ils employés, aucune amélioration ne fut obtenue (on pourra se faire une idée de l'emploi qu'on en fit, car en laudanum seul il y eut pour plus de 150 fr. de dépense). Quelquefois le malade éprouvait un calme passager en passant sur le membre blessé une éponge imbibée d'eau fraîche.

Tel était l'état du blessé lorsque M. Huguier demanda un avis à la Société. M'étant rendu au désir de notre collègue, je constatai une névralgie sciatique double : dans le membre gauche, l'affection dépendait de la blessure du nerf sciatique ; au membre droit, elle s'était montrée sympathiquement. Des deux côtés, les douleurs étaient bien plus vives dans la partie du pied qui reçoit les extrémités terminales du nerf poplité externe. J'employai une pommade anesthésique dans laquelle entrait seulement l'éther chlorhydrique chloré. Dans la séance suivante (10 mars), il a été dit, à propos de ce blessé : « M. Huguier a employé une pommade anesthésique, etc. Elle n'a eu qu'un effet passager, elle n'agissait qu'au point de contact; au-dessus et au-dessous, la douleur était la même. » N'étant pas à la séance à ce moment, je ne pus donner quelques explications ; aujourd'hui j'ajouterai que le malade, sous le bénéfice de l'emploi de ce moyen, put quitter son lit, dont il ne

bougeait pas depuis trois mois. Je n'avais pas encore atteint le but que je me proposais, probablement parce que les moyens n'étaient pas assez actifs. J'ajoutai donc à l'action de l'éther chlorhydrique celle du cyanure de potassium, et dès lors la cure marcha plus rapidement. Voici la formule :

Ether chlorhydrique.	6	grammes.
Cyanure de potassium.	4	—
Axonge récente.	30	—

Suivant le précepte de Cotugno et de M. Robert dans le traitement de la sciatique, ce fut sur le dos du pied que je fis les applications de la pommade. Au bout de quinze ou dix-huit jours de ces applications, les douleurs avaient entièrement cessé ; le malade restait toute la journée dans un fauteuil, la jambe étendue.

Cette observation me semble intéressante : 1° par le fait d'une névralgie sympathique survenue dans le membre qui n'avait pas été blessé ; 2° par l'emploi heureux des agents anesthésiques borné aux extrémités terminales du nerf atteint. Les applications furent d'abord bornées au dos du pied gauche; elles amendèrent la névralgie de ce côté et même celle du membre opposé : ce n'est que plus tard, afin d'agir plus rapidement, lorsque je vis l'amélioration se prononcer, que je fis faire également des applications sur le pied droit.

Un autre point sur lequel j'ai voulu à mon tour appeler l'attention de la Société, ce sont les suites de la blessure du nerf sciatique. L'action traumatique paraît avoir porté principalement sur les fibres du sciatique qui vont constituer le poplité externe; or voici maintenant ce qui en est résulté. L'attitude du pied est celle de l'extension forcée sur la jambe avec adduction légère ; elle est le résultat de l'absence d'innervation des muscles tibiaux antérieurs et postérieurs. L'excitation électrique, localisée dans ces muscles, ne provoque point leur contraction ; mais si les contractions sont nulles dans tous les muscles qui sont sous la dépendance du nerf poplité externe, elles sont complètes dans les muscles où se distribue le poplité interne.

Vous vous rappelez que, dans le travail que je vous ai lu sur les paralysies traumatiques, j'ai dit que, toutes les fois qu'un nerf était le siége d'une lésion matérielle, les muscles qu'il anime perdaient

leur irritabilité et ne répondaient plus à l'excitation électrique ; ce fait en est une preuve. Maintenant, quel sera le traitement à suivre ? Bien que j'aie la conviction que l'emploi de l'électricité sur des muscles atteints de paralysie peut à elle seule triompher d'une attitude vicieuse, comme ce moyen n'est plus aujourd'hui en expérimentation, afin de déterminer plus promptement la guérison de ce malade, j'ai cru devoir user chez lui d'un appareil orthopédique qui vînt empêcher une déviation plus prononcée du pied, pendant qu'avec la galvanisation on chercherait à ramener la contractilité tonique dans les muscles paralysés jusqu'à ce qu'ils puissent faire équilibre à leurs antagonistes.

Plus tard, je me propose de présenter de nouveau ce malade à la Société, lorsqu'il sera entièrement guéri.

Plaie d'arme à feu intéressant la face et l'intérieur de la cavité buccale.

M. Marjolin. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui, dans un moment d'oubli, s'est tiré un coup de pistolet dans la bouche : l'accident est arrivé le 19 juillet, dans la soirée. L'arme dont il s'était servi était un pistolet de poche chargé avec un cube de soudure d'étain d'un centimètre passé de diamètre. Le canon du pistolet était placé dans l'intérieur même de la bouche et dirigé vers le pharynx, mais en relevant légèrement, de telle sorte que le coup de feu a porté principalement sur la luette, les deux piliers du voile du palais et la portion la plus reculée de la voûte palatine. Sur l'instant même, le malade rendit une assez grande quantité de sang par le nez et par la bouche. En peu de temps les lèvres et la langue se tuméfièrent, de telle sorte que la parole devint impossible et la déglutition très gênée.

Lorsque je vis le malade le matin à la visite, je le trouvai tout défiguré. La peau des lèvres était fendue dans plusieurs points, comme si elle eût été directement contuse; dans plusieurs de ces points, la membrane muqueuse correspondante était intacte. La lèvre inférieure pendait détachée au niveau des deux commissures par une plaie intéressant toute l'épaisseur des tissus. Aucune des dents n'était brisée. Je cherchai à m'assurer de l'état de la voûte palatine et des parties situées plus profondément; mais j'eus beaucoup de peine à introduire mon petit doigt entre les arcades den-

taires, qui ne laissaient qu'un passage assez étroit. En regardant avec une lumière le fond de la bouche, on ne voyait que la langue tuméfiée, noircie par la poudre et du sang desséché. Au niveau de la paupière gauche et de l'apophyse malaire, il y avait une large ecchymose. Nulle trace, du reste, de fracture des os de la face.

Malgré l'état de gonflement des lèvres, je n'hésitai pas à réunir les deux principales plaies ; je passai donc trois aiguilles à la commissure gauche et deux à celle du côté droit.

Une saignée ayant été pratiquée lors de l'entrée du malade, dans la nuit je me contentai de le mettre à l'usage des boissons délayantes, de prescrire des applications d'eau fraîche sur la face et de prévenir le développement d'accidents inflammatoires par l'emploi de moyens convenables.

Pendant les premiers jours, le malade eut de la céphalalgie, de la fièvre ; une salive épaisse, un peu sanguinolente s'échappait de la bouche entr'ouverte. Peu à peu l'inflammation et le gonflement diminuèrent. L'exploration de la bouche démontra que la voûte palatine était lésée en arrière.

Le cinquième jour, je retirai les aiguilles : la réunion était complète à droite ; mais à gauche, dans un point, elle n'était pas opérée. Je soutins alors la lèvre avec une fronde, et je fis continuer les applications d'eau fraîche.

Depuis, lorsque la tuméfaction de la langue eut diminué, nous pûmes examiner le fond de la bouche. La luette tenait par un pédicule très faible ; de ses deux côtés partait une plaie irrégulière se prolongeant sur les deux piliers antérieurs du voile du palais, principalement du côté gauche. A cette époque, les mouvements de la mâchoire étaient douloureux, et il y avait de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

La septième jour après l'accident, le blessé, en crachant, rendit quelques portions d'eschares et le morceau d'étain qui, suivant toute probabilité, était resté enclavé dans la partie postérieure de la voûte palatine.

Depuis, à part quelques petits accidents fébriles dus au travail d'élimination de quelques esquilles, le malade s'est rétabli promptement. La tuméfaction des lèvres et des parties environnantes a entièrement disparu ; partout la réunion est complète ; il ne reste d'autres traces qu'une série de lignes rouges analogues à celles qui

résulteraient d'une plaie par instrument tranchant encore récente. Lorsqu'on examine la bouche, on voit que la voûte palatine n'est nullement déformée. Au-devant du voile du palais, on voit un sillon transversal passant au niveau de la base de la luette et gagnant les deux piliers antérieurs. C'est le côté droit qui a le plus souffert; tout le pilier de ce côté a été déchiré, et malgré cela la réunion est complète. Deux petites brides s'étendent de ce point vers la partie latérale interne de l'os maxillaire inférieur. Ce matin j'ai encore extrait une portion d'os de la partie postérieure de la voûte palatine. Malgré cette mutilation, le malade parle très bien; les mouvements de déglutition ne sont nullement gênés, et la réunion des parties molles a été complète sur tous les points.

On peut conclure de ce fait :

1° Que dans certains cas, bien que l'explosion d'une arme à feu ait lieu dans la bouche, la peau des lèvres peut être déchirée de dehors en dedans;

2° Que, dans quelques plaies par arme à feu, on peut encore obtenir des réunions par première intention, lors même que la suture n'est pratiquée qu'un assez long temps après l'accident.

3° Qu'ici, comme dans des plaies faites par le chirurgien sur le voile du palais, la réunion peut avoir lieu par les seuls efforts de la nature.

Fracture comminutive de la jambe gauche. Fracture de la cuisse droite. Réunion par un cal latéral.

Le second malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, d'une solide constitution. Etant occupé, le 7 mai 1852, à charger des poutres sur un fardier, le levier qui sert à soulever le bois n'étant plus retenu par la corde, qui venait de se rompre, l'atteignit et lui fracassa la jambe gauche, la cuisse droite, et de plus donna lieu à un énorme épanchement de sang dans le côté droit du tronc. Cet homme, qui a échappé à des accidents fort graves, présente ceci de remarquable, c'est que, malgré une saillie latérale très prononcée du fragment supérieur du fémur, il y a à peine un centimètre de raccourcissement; il y a eu chez lui très probablement une consolidation, non pas bout à bout, mais par une jetée osseuse latérale, comme dans les greffes naturelles par approche. Il s'est passé

là un phénomène de consolidation analogue à celui que vous voyez sur cette pièce, que je dois à l'obligeance de mon ami M. le docteur Kresz. Vous avez tous eu occasion de voir, dans les musées, des consolidations de ce genre; mais presque toujours elles sont accompagnées d'un raccourcissement considérable.

Tumeur du sinus maxillaire.

M. Monod. Le malade pour lequel je viens vous demander un conseil est âgé de soixante-cinq ans. Comme vous le voyez, le côté droit de la face est déformé par une tumeur qui s'est développée dans le sinus maxillaire. Il y a trois mois environ que le malade a commencé à s'en apercevoir. La narine de ce côté est entièrement obstruée; elle a quelquefois donné passage à un peu de sang. Dans le but de m'éclairer sur la nature de la maladie, j'ai fait une ponction; elle n'a amené qu'un peu de sang; j'ai introduit un stylet et j'ai trouvé l'os dénudé. Dans cette circonstance, je désirerais que la Société voulût bien donner son avis et sur la nature de la maladie, et sur le parti qu'il faut suivre.

M. Gerdy. J'ai eu occasion d'opérer à la Charité un malade ayant une tumeur analogue; elle avait chassé l'œil en avant, et faisait saillie dans la narine; son aspect était celui d'un polype. Je l'attaquai par la narine, afin de juger sa nature et ses rapports. La portion que j'enlevai ressemblait assez à un polype muqueux, mais elle était plus dense. J'introduisis alors mon doigt dans la narine, et voyant qu'elle provenait du plancher de l'orbite, je pratiquai une incision au niveau du repli de la paupière. Le sinus étant largement ouvert, il me fut facile d'arracher le reste de la tumeur avec une pince. La tumeur était plutôt de nature cancéreuse. Chez ce malade, le nerf sous-orbitaire fut détruit. Dans plusieurs points de la joue il y avait de la paralysie. Plus tard le nerf facial se paralysa, et l'occlusion des paupières devint impossible.

Chez le malade que M. Monod nous présente, si on peut introduire un doigt par la narine, l'opération sera plus facile. Bien que la voûte palatine soit saine, je crains que cette affection ne soit de mauvaise nature, et si on se décidait à l'opérer, il faudrait, je crois, l'attaquer par en bas.

M. Gosselin. J'ai eu occasion de revoir, ces jours derniers, à

l'Hôtel-Dieu, le malade opéré par M. Gerdy, et malheureusement j'ai pu constater la récidive de l'affection.

M. Monod. Lorsque j'ai examiné ce malade pour la première fois je ne voulais pas l'opérer. Je ne crois pas que l'affection ne date que de trois mois ; il est probable qu'elle existait depuis plus longtemps, et qu'elle a ensuite fait une irruption subite. Ce qui m'a fait hésiter, c'est que la peau de la joue est altérée dans une grande étendue, que la fosse nasale est remplie et qu'on ne peut pas être certain d'enlever le mal jusque dans ses dernières racines. Du reste, si l'opération est pratiquée, il faudra enlever la paupière inférieure et une grande partie de la joue.

M. Robert. J'ai examiné le malade avec soin, et je crois qu'il s'agit d'un ostéo-sarcome. Je ne tiendrai aucun compte de l'époque à laquelle l'affection a débuté ; mais comme le malade est vigoureux et que la voûte palatine me paraît saine, je crois qu'il ne faut pas laisser cet homme dans l'abandon ; car l'affection ne peut que continuer ses ravages. Dans ce cas, on pourrait peut-être conserver l'arcade dentaire.

M. Marjolin. J'ai eu occasion, il y a quelques années, de faire, à l'hôpital Saint-Antoine, avec l'assistance de MM. Kapeler et Lenoir, l'ablation du maxillaire supérieur chez un homme d'une trentaine d'années, en apparence d'une bonne constitution. Après l'ablation de la tumeur, je portai un fer rouge dans le fond de la plaie, afin de détruire jusqu'aux derniers vestiges du mal. Quinze jours après, la plaie extérieure étant réunie, lorsque je portai le doigt dans la bouche pour examiner l'intérieur, je trouvai un énorme champignon qui avait repullulé. Je reculai devant une nouvelle opération, suivant moi inutile, et renvoyai, sur sa demande, le malade dans son pays. Lorsqu'on examine le nombre des tumeurs cancéreuses qui ont récidivé après l'ablation du maxillaire supérieur, on est tenté de s'abstenir, dans un bon nombre de cas, soit à cause de l'âge du malade et de l'incertitude où l'on est sur les limites de la maladie. Je crois que, dans les conditions où se trouve le malade de M. Monod, il serait préférable de s'abstenir.

M. Robert. Je crois qu'ici les limites sont assez restreintes et qu'on peut encore opérer. Si on abandonne le malade, ne peut-il pas se porter à quelque acte de désespoir? Deux fois j'ai vu des malades qu'on avait refusé d'opérer se suicider.

M. Huguier. Je voudrais qu'on fît un examen microscopique de la tumeur; car on peut avoir affaire à une simple hypertrophie des tissus, à une carie, à une nécrose des os; dans ces cas, il faudrait nécessairement agir, en conservant toutefois la voûte palatine. Si, au contraire, la tumeur est cancéreuse, mon avis est qu'il faut la respecter, non pas à cause de son étendue en profondeur, mais à cause de son étendue à l'extérieur; toute la peau de la joue est presque entièrement détruite; il n'y a pas d'autoplastie possible.

M. Gerdy. Assez récemment, j'ai eu occasion d'observer la même maladie chez un homme âgé d'une soixantaine d'années; la tumeur était très volumineuse et située du même côté. J'ai ouvert le sinus par sa partie déclive, ne sachant pas jusqu'où la maladie s'étendait; une partie de la paroi antérieure et la paroi interne étaient détruites; malgré ces désordres, je ne voulus pas enlever tout l'os et j'extirpai toute la tumeur, puis ensuite je portai le cautère dans le fond de la plaie. Malheureusement il survint de la diarrhée, et le malade succomba à la suite d'une entérite chronique. Cette perte me fut d'autant plus sensible que l'examen de la tumeur démontra qu'elle était de nature épithéliale.

M. Denonvilliers. Je crois que la tumeur est de nature cancéreuse et qu'elle occupe tout le sinus; le stylet que j'ai enfoncé a pénétré jusqu'à une profondeur de 6 centimètres; les tissus se laissaient facilement diviser; lorsque j'ai retiré le stylet, il était enduit d'une matière jaunâtre. Si M. Monod se décidait à opérer, je voudrais qu'il conservât la peau de la paupière malgré son amincissement et qu'il ouvrît ensuite le sinus comme M. Gerdy l'a proposé. Je crois, du reste, que c'est un malade voué à la récidive, et, quelque parti qu'on prenne, la mort ne doit pas être bien éloignée.

Correspondance.

M. le professeur Bérard adresse à la Société la lettre suivante et les trois premiers volumes de son *Cours de physiologie :*

« Monsieur le président,

» Quelques paroles beaucoup trop flatteuses pour moi, prononcées en séance publique par M. le professeur Larrey, m'enhardissent à solliciter une faveur depuis longtemps ambitionnée, mais ambitionnée en silence, parce que je n'y avais pas de titres suffisants.

» Pour être autorisé à exprimer le vœu de prendre rang parmi les membres honoraires de la Société de chirurgie de Paris, il faudrait sans doute lui faire hommage de travaux plus importants et plus spéciaux que celui dont je dépose en ce moment un exemplaire sur son bureau. Mais la bienveillance dont vos collègues m'ont donné tant de témoignages et le nom d'un des fondateurs de votre Société viendront peut-être en aide à ma candidature.

» Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'expression de mes sentiments affectueux et de ma haute considération. BÉRARD. »

Sur la proposition de M. Guersant, M. Bérard est nommé par acclamation membre honoraire de la Société.

M. le docteur Burgraeve, professeur à l'Université de Gand, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa demande est accompagnée d'un travail manuscrit sur l'entorse.

MM. Giraldès et Larrey sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

M. GIRALDÈS a la parole pour un rapport sur l'observation suivante adressée à la Société par M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine, médecin de l'hôpital français à Smyrne.

Carie et nécrose du tibia. — Ablation du corps de cet os suivie de guérison.

Messieurs, dit M. Giraldès, vous avez chargé M. Danyau et moi de vous faire un rapport sur une observation de carie et de nécrose du tibia. Voici cette observation telle que nous l'a envoyée notre honorable confrère; elle est trop intéressante pour ne pas être lue en totalité.

John Howship, sujet anglais, habitant une des baies de la partie anglaise de Terre-Neuve, voisine de ma résidence, attiré à Saint-Pierre pour affaire de commerce, me conduisit vers le commencement de l'hiver un de ses enfants, le jeune Peters, malade depuis longtemps et auquel il n'avait pu jusqu'à ce jour procurer les soins nécessaires.

Cet enfant, âgé de six à huit ans, né d'un père sain et vigoureux et d'une mère irlandaise, assujettie depuis plusieurs années à toutes les souffrances que la misère entraîne sous un climat aussi ri-

goureux, pouvant à peine, ainsi que son mari, pourvoir aux besoins les plus urgents de leur famille, cet enfant est le sixième des neuf qui la composent.

D'après les renseignements que Howship me donne, tous ou presque tous ses enfants ont été ou sont actuellement atteints de scrofules; deux d'entre eux ont succombé fort jeunes, et l'aîné, qui l'accompagne, présente les indices d'une phthisie pulmonaire arrivée à un degré très avancé.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation paraît être assez bien développé (ses parents sont mal fixés sur son âge réel); mais son teint est pâle et son facies porte l'empreinte de souffrances prolongées. Il est sujet à de fréquentes diarrhées, mais n'a du reste éprouvé dans son enfance que quelques angines et de légères bronchites, maladies presque permanentes dans ces malheureuses populations, surtout chez les enfants. Peters porte les stigmates de quelques anciens abcès au-dessous de la mâchoire inférieure de chaque côté, et une des ouvertures de l'avant-dernier de ces abcès, qui date de six mois, a laissé un pertuis fistuleux qu'avoisinent quelques ganglions cervicaux tuméfiés et un décollement peu étendu de la peau.

C'est à une chute, faite par son fils il y a un an, que Howship attribue l'origine de la maladie de la jambe; cette chute, dans laquelle la crête dù tibia porta sur l'arête d'un banc de sa pirogue, détermina un gonflement considérable de la jambe avec inflammation, abcès, et finalement une ouverture en plusieurs points des parois de celui-ci, ouverture longtemps demeurée fistuleuse et enfin confondue par suite de l'érosion des téguments en une plaie suppurante unique avec dénudation de l'os.

La nécessité dans laquelle cet enfant s'est trouvé de prendre lui-même soin de la vaste plaie qu'il porte et les longues et cruelles souffrances qu'il a eues à subir paraissent lui avoir donné cette assurance et cette adresse qu'acquièrent souvent ces petits malheureux que l'incurie ou l'insensibilité de leurs parents laissent livrés à leur propre instinct. Peters déplace et replace fort adroitement et avec une précision remarquable les diverses pièces de son pansement d'après les souvenirs qu'il a conservés de celui que lui fit un jour le chirurgien d'un navire de pêche anglais et ses propres inspirations. Son appareil se compose de quelques brins de charpie

mêlés à une sorte de mousse mollette et de plusieurs doubles d'écorce de bouleau assujettis par le moyen d'une ligne de pêche.

Bien que quelques personnes indiscrètes, en conseillant au père de cet enfant de me l'amener, lui aient donné à entendre qu'il y aurait probablement nécessité d'amputation, le jeune Peters n'en paraît aucunement ému et exprime avec résolution le désir d'être débarrassé de son mal à quelque prix que ce soit, afin de pouvoir assister son père dans quelques-uns de ses travaux de pêche et ses fréquents voyages.

Voici dans quelles conditions se présente la maladie : une plaie oblongue de 8 centimètres existe à la partie antérieure de la jambe ; les bords en sont déjetés et décollés sur plusieurs points, violacés ou blafards en quelques autres, et laissent à nu la face antérieure de la diaphyse du tibia depuis 4 centimètres environ au-dessous de la tubérosité. L'extrémité de celui-ci est recouverte par la peau intacte; jusque vers la partie la plus inférieure l'os ne paraît offrir d'autre genre d'altération qu'une coloration brune ou noirâtre assez intense, visible encore, quoiqu'un peu pâlie, sur le fragment qui est joint à cette observation, et que M. le docteur Paléologue veut bien se charger de déposer. Ce n'est qu'à environ 6 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne que le tissu de l'os présente quelques points nécrosés encore adhérents, et les résultats d'une carie qui a réduit la presque totalité de l'épaisseur de l'os en une sorte de vermoulure baignée de pus. L'extrémité malléolaire est, comme la partie supérieure du tibia, recouverte par les téguments sains, et ne tient au reste du corps de l'os que par une lame de tissu compacte qui a été épargnée par la carie, et forme une sorte de pont. Les articulations du genou et du cou-de-pied sont intactes et libres dans leurs mouvements, et ne présentent aucune tuméfaction. Les parties molles de la jambe sont légèrement œdématiées ; le péroné paraît sain dans toute son étendue, et semble présenter seulement une légère incurvation à convexité externe résultant de la pression du membre sur le sol pendant la marche. Ce n'est que depuis quelques semaines que le jeune Peters, qui observait attentivement les progrès de la destruction de l'os et en redoutait la rupture, a cessé de marcher autrement qu'avec le secours de deux béquilles ; jusque-là il ne s'était servi que d'un simple bâton.

Pressé par la nécessité de son retour, Howship me demandait une prompte solution. Mais au lieu de lui conseiller une amputation qui ne me paraissait pas indispensable, je me bornai à proposer à cet homme et au jeune malade la résection non-seulement de la partie inférieure du tibia, mais encore d'enlever toute la partie du corps de l'os mise à découvert, qu'il me semblait impossible de pouvoir se conserver longtemps intacte. L'intégrité parfaite des deux articulations, surtout celle de la partie inférieure voisine du mal, me permettait d'espérer que les deux extrémités de l'os étaient intactes jusqu'à une certaine distance des articulations, et que l'union du corps de celui-ci avec les deux épiphyses ne serait pas encore assez intime pour s'opposer à sa séparation facile d'avec lui, en respectant les parties articulaires et en conservant ainsi la jambe, qui, bien que réduite dans sa charpente au seul péroné, pourrait encore rendre quelques services. Howship me promit donc de revenir dans quelques jours à Saint-Pierre, et me pria d'obtenir du gouverneur l'autorisation d'y résider pendant l'hiver avec sa famille pour y faire donner à son fils les soins que nécessitait son état. Cela fut facilement accordé, et dès qu'il fut de retour et établi, je me rendis auprès du malade accompagné de M. Dupuis, chirurgien de la marine, alors employé sous mes ordres, et ce collaborateur voulut bien assurer au jeune malade pendant le temps nécessaire des pansements réguliers et méthodiques, par suite desquels l'état de la plaie s'améliora promptement, la suppuration diminua, prit un meilleur aspect; quelques points indurés et les décollements disparurent. De nombreux détritus osseux furent retirés, et la lame osseuse intacte qui unissait en arrière du point carié le corps de l'os à son extrémité malléolaire fut reconnue suffisamment solide pour permettre des tractions assez fortes. Enfin l'état général du malade était satisfaisant. L'enfant désirait ardemment l'opération, et elle fut pratiquée.

La nécrose et la carie n'avaient, ai-je dit, détruit que quelques parties antérieures et latérales de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia, et au point correspondant au pont osseux que formait cette lame assez épaisse, il restait un engorgement douloureux; les parties molles étaient irritées, et je résolus de pratiquer la section à la partie moyenne et encore saine du tibia.

A l'aide d'une spatule et de quelques petits coups de bistouri, je

parvins aisément à isoler latéralement les bords de la plaie en arrière, dans une étendue suffisante pour introduire l'aiguille mousse qui conduisait une scie à chaîne et contourner ainsi l'os. Seulement, au moment de cette introduction, Peters manifesta la crainte d'éprouver pendant la section de l'os une trop grande douleur; et pour s'assurer de ma véracité, lorsque je l'assurais qu'elle serait très supportable, il me pria de lui en donner la conviction, en promenant quelques traits de scie sur la partie découverte. (Cette trace est marquée sur le fragment de tibia joint à l'observation.)

Rassuré par l'absence de douleur, le malade me permit d'agir. Le tibia fut donc scié d'arrière en avant. La mobilité des deux moitiés de l'os me permit de soulever et de détacher entièrement chacune d'elles de la gouttière dans laquelle elles étaient enchâssées, et des tractions modérées, aidées de la dissection de quelques légères adhérences, rendirent facile l'extraction de l'une et de l'autre. Réunies, elles présentaient dans toute son étendue le corps entier du tibia. Comme je l'avais espéré, la lame osseuse que la carie avait épargnée en arrière et en bas suffit pour faciliter l'extraction du fragment inférieur ou de l'extrémité juxta-malléolaire qui resta à sa place, comme à l'autre extrémité de la jambe, la tête du tibia à la sienne. Une seule artériole (la nutricière) fut tordue, et le rapprochement des bords de la plaie suffit pour tarir le léger écoulement de sang auquel donna lieu la division des rameaux de la tibiale antérieure.

Des pansements appropriés, faits avec soin et intelligence par mon collaborateur, amenèrent dans quelques semaines la guérison de la plaie, et lorsque la cicatrice fut assez affermie, Peters fut apporté par son père à l'hôpital. Je lui appliquai, depuis le genou compris jusqu'à l'extrémité du membre, un bandage dextriné fortifié de quelques attelles en carton, et lorsque la dessiccation en fut opérée, le malade rejoignit, en s'aidant du bras de son père, son domicile assez éloigné à travers des rues encombrées de neige. Il me venait visiter deux ou trois fois la semaine, sans autre secours le plus souvent qu'une béquille à main; et lorsque la débâcle vint lui permettre de songer au départ, je le débarrassai de la partie du bandage qui embrassait les articulations du genou et du cou-de-pied, en lui recommandant de conserver le reste et de ne pas abuser de l'usage de sa jambe.

Au commencement de l'hiver de 1848, Howsbip, ayant appris que je devais quitter la colonie, vint me voir avec son fils ; il me raconta que pendant assez longtemps l'appareil dextriné s'était bien conservé, mais qu'enfin l'humidité résultant de plusieurs immersions l'avait en grande partie détruit. Peters s'était fabriqué lui-même, avec un morceau de cuir vert de caribou et une coque d'écorce de bouleau, un appareil solide et résistant, pourvu d'attelles en renfort qui soutenaient en dedans et en dehors sa jambe, et le tout était assujetti par quelques lacets de cuir. Depuis longtemps il se servait de sa jambe, et il secondait son père dans son rude métier de pêcbeur. Sa santé s'était sensiblement raffermie, et sans une diminution dans le volume du membre ; une légère claudication, surtout lorsqu'il fatiguait outre mesure sa jambe, une incurvation du péroné un peu plus sensible que celle qui existait avant l'opération, une cicatrice ferme et allongée étaient la seule trace apparente de cette opération.

— Après la lecture de cette observation, M. Giraldès a fait ressortir, dans une courte analyse, tout ce qu'elle présentait d'intéressant sous le point de vue pratique. Peut-être, a-t-il ajouté, aurait-on pu désirer quelques détails plus circonstanciés ; mais si on veut se mettre un instant à la place de notre confrère, isolé dans une station lointaine, cbargé de tout le service médical, on verra combien, dans certains moments, il est difficile, au milieu d'un service aussi pénible et aussi actif, de se plier à toutes les exigences scientifiques. Le rapporteur a ensuite exposé les divers titres scientifiques de M. Camescasse, chirurgien de 1[re] classe de la marine.

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Insertion de l'observation dans les comptes rendus des séances ;

2° Admission de M. le docteur Camescasse comme membre correspondant.

Ces conclusions ayant été mises aux voix et adoptées, M. Camescasse est nommé membre correspondant.

— M. Debout commence la lecture d'un rapport sur la tbèse de M. Lecomté sur les ectopies congéniales des testicules et les maladies de ces organes engagés dans l'aine.

Le secrétaire de la société, Marjolin.

Séance du 24 août 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Roux, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que toutes les tumeurs qui occupent le sinus maxillaire ne sont pas toujours de mauvaise nature; sur quatre malades qu'il a opérés cette année, il n'a point encore vu de récidive, et il cite, entre autres, un malade de Troyes dont M. Boinet vient de lui donner de très bonnes nouvelles.

Présentation de malade.

M. Demarquay. J'ai l'bonneur de présenter aujourd'hui à la Société le jeune malade sur lequel elle a constaté, il y a quelques mois, une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la cuisse; de temps à autre, comme vous le savez, il s'écoulait par ces dilatations une grande quantité de lymphe. Aujourd'hui la guérison est complète; elle a été obtenue au moyen du caustique de Vienne. La cicatrice est solide et ne laisse voir aucun vaisseau lymphatique dilaté.

Correspondance.

M. le docteur Demeaux, ancien prosecteur de la Faculté, médecin à Puy-l'Evêque, écrit à la Société pour avoir son avis sur un cas de médecine légale.

Après une discussion assez longue, la Société décide que l'observation sera renvoyée à une commission.

Cette commission se compose de MM. Denonvilliers, Larrey, Robert, rapporteur.

M. Debout fait hommage à la Société du tome XLII[e] du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le docteur Prescott Heuwett, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée d'une observation sur une tumeur de l'abdomen.

Commission : MM. Boinet, Morel-Lavallée, Giraldès, rapporteur.

M. le docteur Coste, professeur de clinique externe à Marseille, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée de son *Manuel de dissection* et de deux mémoires originaux, l'un sur la cure radicale de la hernie, l'autre sur un nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre.

Commission : MM. Gosselin, Lahorie, Follin, rapporteur.

Nomination de membres associés étrangers.

M. Giraldès donne lecture du rapport fait par la commission chargée de présenter une liste de quinze chirurgiens étrangers devant être nommés membres associés de la Société. La commission regrette vivement de n'avoir pu comprendre dans cette liste plusieurs chirurgiens dont les travaux et la position scientifique devaient à bon droit attirer son attention.

La commission a l'honneur de vous proposer, pour remplir les quinze places d'associés étrangers, les chirurgiens dont les noms suivent :

New-York (Amérique). Valentine Mott, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de New-York, etc.

Vienne (Autriche). Fr. Jœger, ancien professeur à l'Université de Wurzbourg, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

Heidelberg (duché de Bade). M. J. Chelius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg, etc.

Wurzbourg (Bavière). Kajetan Textor, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Wurzbourg, etc.

Londres (Grande-Bretagne). Sir Benjamin Brodie, chirurgien de la reine, ancien président du Collége royal des chirurgiens, etc.

Londres. William Lawrence, ancien président du Collége royal des chirurgiens, etc.

Londres. Benjamin Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, ancien président du Collége royal des chirurgiens.

Londres. George-James Guthrie, ancien président du Collége royal des chirurgiens, inspecteur général du service de l'armée, etc.

Edimbourg. Sir Georges Ballingal, chirurgien de la reine, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, etc.

Edimbourg. James Simpson, membre de la Société royale d'Edimbourg, professeur d'accouchements à l'Université, etc.

Dublin. Sir Philip Crampton, chirurgien en chef de l'armée en Irlande, etc.

Berlin (Prusse). Grimm, chirurgien du roi, chirurgien en chef de l'armée prussienne, etc.

Saint-Pétersbourg (Russie). Arendt, médecin ordinaire de l'empereur, chirurgien général de l'armée, etc.

Dresde (Saxe). F.-A. Ammon, médecin du roi de Saxe, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Genève (Suisse). Mayor, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Rapport de M. H. Larrey sur le Traité de chirurgie militaire de sir George Ballingall.

« La Société de chirurgie a reçu dans l'une de ses dernières séances un livre de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, qui demandait le titre d'associé étranger; et vous m'avez chargé, messieurs, avec notre honorable collègue M. Giraldès, de vous faire un rapport verbal sur cet ouvrage intitulé : *Outlines of military surgery*, ou *Esquisses de chirurgie militaire*.

L'analyse nous en est d'autant plus facile, que depuis longtemps nous connaissons ce livre, parvenu en 1844 à sa troisième édition. Mais, pour nous hâter de rendre à l'auteur l'hommage qu'il mérite, nous réduirons cette analyse à un résumé succinct.

Sir G. Ballingall, dans une dédicace pleine de convenance adressée au président et aux membres du Collége royal des chirurgiens d'Edimbourg, les remercie d'avoir introduit et favorisé dans l'Université l'enseignement de la chirurgie militaire, pour les jeunes médecins destinés au service de santé des armées de terre et de mer.

L'auteur expose d'abord dans la préface l'ensemble de ses leçons pendant une période qui, aujourd'hui, compterait une trentaine d'années. Sa méthode, un peu arbitraire peut-être, est adaptée cependant aux exigences de cet enseignement, divisé en trois parties :

La première embrasse les questions nombreuses en rapport avec la formation, la discipline et l'économie des armées au point de vue de la santé du soldat;

La seconde partie comprend les lésions accidentelles et les ma-

ladies chirurgicales auxquelles sont le plus exposés les gens de guerre et les marins dans tous les pays;

La troisième partie considère les maladies les plus importantes auxquelles les troupes sont sujettes dans les contrées étrangères. Elle fait connaître également les maladies apparentes plus difficiles quelquefois à combattre que les maladies réelles.

C'est non-seulement d'après sa longue expérience personnelle, soit en Angleterre et en Ecosse, soit aux Indes, que le professeur Ballingall a eu toute autorité pour écrire son ouvrage; c'est encore d'après l'observation directe des grands hôpitaux de la France, de la Prusse, de l'Autriche, de la Belgique, et d'après l'étude des divers règlements du service médical des armées.

Dans une savante introduction, notre célèbre confrère d'Edimbourg démontre que la chirurgie militaire occupe une assignation ancienne et honorée dans la science de la médecine. Il la définit et la caractérise bien en la rattachant à l'unité de l'art de guérir. Il fait même ressortir les inconvénients qui résulteraient, surtout en campagne, de la distinction des spécialités. La chirurgie militaire, en un mot, lui semble, pour ainsi dire, une et indivisible; elle résume et comprend toute la médecine, quant à l'état de santé ou de maladie du soldat.

Des considérations historiques pleines d'intérêt nous montrent successivement les conséquences de l'invention de la poudre à canon pour la chirurgie de bataille, une citation pathétique de Monro à ce sujet, un aperçu des travaux et des progrès de la médecine d'armée en France depuis trois siècles, et une digression biographique, toute dans le sujet, sur Ambroise Paré, qui en devint le véritable fondateur, en même temps qu'il fut le père de la chirurgie française.

L'auteur, ne pouvant passer en revue les divers travaux de la chirurgie militaire sur le continent, rapporte son histoire succincte en Angleterre. Toute cette partie de l'introduction nous offrirait un intérêt réel et nouveau peut-être, si elle pouvait être reproduite dans ce rapport.

Un passage distinct consacré à Richard Wiseman, chirurgien du roi Charles II, met en relief le mérite de son *Traité de chirurgie*, et particulièrement le chapitre des Plaies d'armes à feu. Les noms de John Brown, J. Ranby, J. Hunter et J. Neale se présentent en-

suite parmi les auteurs d'ouvrages sur la chirurgie des armées, ou du moins sur les blessures par armes de guerre. Le Traité de M. Guthrie, sur les *Plaies d'armes à feu des extrémités*, ainsi que les *Principes de chirurgie militaire* de Hennen, sont appréciés à part. Les *Observations pratiques de chirurgie*, par Copeland Hutchison, et ses *Observations sur l'époque de l'amputation dans les plaies d'armes à feu;* divers travaux de sir Stephen Hammick; le *Rapport* du docteur Thomson *sur les blessures de la bataille de Waterloo*, les publications de Samuel Cooper et de M. Allan; et à la tête de ces ouvrages, le *Traité des plaies* de John Bell; d'intéressantes *Observations sur les blessures*, par sir Charles Bell; et enfin le livre de M. Chevalier sur les *Plaies par armes à feu :* tels sont, en aperçu, les ouvrages analysés succinctement par M. Ballingall sur la chirurgie militaire anglaise.

L'honorable professeur joint à cette analyse une liste des principaux auteurs étrangers sur la chirurgie des armées, en France surtout, depuis Belloste et Ledran jusqu'à Percy et Larrey. Il mentionne à part le volumineux recueil des *Mémoires de médecine*, *de chirurgie et de pharmacie militaires;* et à propos de nos anciens hôpitaux d'instruction, il signale la digne institution de Frédérick II, à Berlin, et l'Académie impériale Joséphine, à Vienne, établie sur de larges bases, dans le but de former des médecins pour l'armée d'Autriche.

M. Ballingall fait connaître l'utilité des rapports statistiques adoptés eu Ecosse sur les *Maladies*, *les infirmités et la mortalité parmi les troupes de terre et de mer*. Il revient, à cette occasion, sur quelques-uns des noms qui honorent la chirurgie militaire de son pays, et il cite notamment Pringle, Brocklesby, Monro, Cleghorn, Lind, Blane, Trotter, Burnett, Hunter, Jackson, etc.

Notre respectable confrère démontre l'utilité d'un enseignement spécial de la chirurgie militaire dans l'école d'Edimbourg, et s'associe au regret qu'il n'y ait pas une semblable institution dans les autres universités. Le professeur Guthrie, dans ses leçons cliniques, a vivement sollicité, à ce sujet, l'attention du gouvernement; et il s'est étonné, à bon droit, que l'on fît plus pour fournir des médecins vétérinaires aux chevaux de l'armée, que pour assurer les secours de l'art aux hommes eux-mêmes. M. Ballingall ajoute à ce témoignage celui de Larrey, qui regrettait qu'une chaire de chirur-

gie militaire ne fût pas instituée à l'Ecole de Paris, en faisant valoir des raisons qu'un sentiment de réserve nous empêche de reproduire.

..... Mais, tout en exprimant ses généreuses pensées sur les vivants (ou sur ceux qui vivaient alors), l'auteur du livre n'oublie pas de rendre justice à la mémoire des morts. Il adresse un hommage à part à John Bell, à celui qui, sans avoir appartenu à la chirurgie des camps, l'avait honorée plus que personne; à celui qui avait tant fait pour cet enseignement spécial, et si bien défendu sa cause, en sollicitant du gouvernement l'organisation d'une école nationale de médecine militaire et navale.

Le professeur Ballingall termine l'introduction de son ouvrage par des paroles qui prouvent toute la valeur de la chirurgie des armées; et ces paroles, il les emprunte noblement à un auteur français:

« Il faut convenir, dit Dionis (1), de la nécessité de la chirurgie, » qui enlève tous les jours plusieurs personnes du tombeau. Combien, dans les armées, a-t-elle guéri de blessés! Combien de » grands capitaines seraient péris par des plaies épouvantables si » elle ne les avait pas secourus! C'est dans les armées, c'est » dans les siéges que la chirurgie triomphe; c'est là que tout recon- » naît son empire et sa nécessité; c'est là que les effets et non les » paroles font son éloge. »

Le choix et la visite des recrues pour l'armée forment le premier chapitre du livre de sir G. Ballingall, comme une introduction naturelle à la pathologie et à la thérapeutique du soldat et du marin.

Le régime alimentaire, *l'habillement et l'exercice des troupes*, tel est le titre du second chapitre, dont nous ne pouvons faire ici l'analyse, non plus que des chapitres suivants, intitulés : *Organisation des troupes dans les campements, les baraques et les logements par billets; — Maladies dominantes dans les camps et les garnisons; — Proportion des malades et des blessés dans les armées et dans les flottes; — Hôpitaux; — Transport des malades et des blessés.*

Sous le titre : *Maladies chirurgicales des soldats et des marins*, l'auteur du *Traité de chirurgie militaire* passe en revue, et dans une série de chapitres distincts, l'*inflammation*, les *brûlures*, les

(1) *Cours d'opérations de chirurgie*, Préface, p. VIII.

ulcères, la *gangrène d'hôpital*, les *plaies diverses en général*, et les *plaies d'armes à feu en particulier*, les *plaies des artères*, etc. ; les *anévrismes*, les *plaies des nerfs* et le *tétanos;* les *plaies de la tête* et les *plaies de l'épine;* les *plaies de la face* et les *plaies du cou*, les *plaies de la poitrine* et les *plaies de l'abdomen*, les *plaies* et les *fractures des extrémités*, les *luxations*, les *amputations;* et, comme autant d'appendices, l'*ophthalmie*, la *syphilis*, les *rétrécissements de l'urètre* et les *maladies de l'anus et du rectum.*

Chacune de ces questions permet au professeur Ballingall d'exposer d'une manière générale les progrès de la science, en insistant, comme de raison, en particulier, sur les travaux de la chirurgie militaire en Angleterre, en Ecosse et en Irlande. Ainsi, Thomson et Hunter pour l'inflammation, James Earle pour les brûlures; Underwood, Everard Home, Baynton et Ward pour les ulcères; Wiseman, Blackadder et Trotter pour la gangrène d'hôpital; John Bell, Hennen, Samuel Cooper et bien d'autres, pour les blessures de tout genre ; Hogson, Astley Cooper, Guthrie, etc., pour les lésions des artères et des veines ; et tous les auteurs enfin dont les noms se rattachent aux autres questions, représentent autant d'autorités chirurgicales auxquelles le savant professeur rend hommage avec l'équité la plus impartiale.

Il a réservé, pour le complément de son ouvrage, des considérations pleines d'intérêt sur l'influence physique des *punitions militaires*, en faisant apprécier la nature et les conséquences de chacune d'elles, avec de nobles sentiments d'humanité.

Il expose ensuite avec beaucoup de soin les principales *Maladies des troupes anglaises dans les stations étrangères*, ainsi qu'une histoire abrégée de la *fièvre jaune*, de la *dyssenterie tropicale*, de l'*hépatite ;* de la maladie appelée aux Indes *beriberi*, et de cette autre désignée sous le nom de *brûlure des pieds* (burning in the feet), du *dragonneau* enfin ou ver de Guinée.

La dernière partie du livre est consacrée à l'étude sommaire des *maladies simulées ou factices.*

Et à tant de travaux accumulés dans un seul volume, se joint une liste bibliographique très étendue des ouvrages et des mémoires publiés par les officiers de santé des armées britanniques, sur les maladies et les blessures des soldats et des marins.

Telle est, messieurs, l'analyse trop succincte et bien incom-

plète des *Éléments de chirurgie militaire* de M. le professeur Ballingall. On pourrait y signaler des lacunes ou des imperfections, on pourrait contester quelques-uns des principes qui s'y trouvent exposés, on pourrait enfin y substituer une autre méthode ; mais on ne saurait trop apprécier l'excellent esprit qui a conçu l'idée de cet ouvrage, le sentiment loyal qui a inspiré l'auteur à l'égard des opinions étrangères aux siennes ou à celles de ses compatriotes, et la valeur incontestable d'une œuvre qui mérite l'approbation de tous les chirurgiens et la reconnaissance à part des chirurgiens militaires.

La haute considération enfin qui s'attache au rang de sir George Ballingall parmi ses honorables collègues de l'université d'Edimbourg, me dispense, messieurs, d'ajouter un éloge de plus à ce simple rapport.

J'ai donc l'honneur de vous proposer d'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Ballingall pour l'envoi de son important ouvrage, en lui annonçant qu'il n'a pas eu besoin de ce titre pour être compris par vos suffrages, sur la liste des associés étrangers de la Société de chirurgie. »

Les conclusions du rapport de M. Larrey sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

— M. Michon a la parole pour un rapport verbal sur un travail de M. Adolphe Richard, ayant pour titre : *Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, l'écoulement par le mamelon.*

Ce travail, dit le rapporteur, est plutôt une ébauche. L'auteur, ayant entendu M. Nélaton formuler dans sa clinique quelques préceptes sur l'importance de ce signe, s'est mis à étudier ce point de pathologie. Il a réuni six observations ; de ce nombre, cinq ont trait à des tumeurs bénignes, à des tumeurs mammaires chroniques. Dans une sixième, empruntée à M. Robert, il y a eu une hémorrhagie du bout du mamelon ; elle ne peut pas être comprise avec les autres.

Il est bon de remarquer que l'apparition de ce signe n'a rien de constant ; tantôt il apparaît au commencement, tantôt à la terminaison de la maladie. Pour sa nature, le liquide offre encore bien des différences ; tantôt c'est un écoulement sanguin ou puriforme, ou semblable à du colostrum. M. Richard a joint à son travail imprimé une dernière observation survenue à la suite de la lac-

tation ; dans ce cas, c'était tout simplement un de ces engorgements si communs pendant l'allaitement.

M. Michon pense, d'après la lecture des observations, qu'il existait d'autres signes qui permettaient de bien distinguer ces engorgements. Ainsi, il y avait absence de douleurs; la tumeur était partielle, etc. ; il n'y avait pas de glandes dans l'aisselle : on ne pouvait donc pas les regarder comme étant de nature cancéreuse. En cherchant à établir l'écoulement du mamelon comme un signe constant, M. Richard a été trop loin ; il a trouvé une observation contraire à ses idées, un cas où il existait réellement un cancer, et alors il n'a pu expliquer autrement l'écoulement du mamelon que par l'existence de globules de la glande emprisonnés dans des masses cancéreuses : il a, comme on le voit, été trop loin.

Les recherches de M. Richard sont très intéressantes ; mais jusqu'ici elles ne sont pas assez nombreuses, il n'y a pas assez de précision.

On peut admettre la première proposition, qui établit que l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle; mais on ne peut pas dire avec M. Richard que son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein, car lui-même nous a fourni une observation qui prouve le contraire.

M. Nélaton. J'ai constaté, à la vérité, plusieurs fois, chez des femmes atteintes de tumeurs du sein, l'écoulement d'un liquide jaune transparent, un peu visqueux, semblable à de la bière ; c'est principalement dans les cas de tumeurs bosselées, de consistance inégale; et lorsqu'on vient à comprimer une de ces bosselures, on la vide par un des canaux qui se rendent au mamelon ; mais je me suis borné à ce point.

M. Michon. Je n'ai point dit que les idées exprimées dans le travail de M. Richard étaient celles de notre collègue ; j'ai dit seulement que l'idée de ce travail avait eu pour point de départ une de ses leçons de clinique.

Il y a dans son travail un manque de précision et une incertitude qui fait qu'on ne peut pas encore attribuer à ce signe beaucoup de valeur au point de vue du diagnostic.

M. Demarquay. Blandin s'était occupé, non des écoulements visqueux, mais des écoulements sanguins, et, pour lui, ce dernier

signe annonçait l'existence du cancer. J'ai eu occasion de voir, dans le service de M. Jobert, une malade présentant un écoulement sanguin du mamelon : c'était un cancer, qui depuis a récidivé.

Plaie de l'artère carotide primitive ; ligature. Mort au treizième jour

M. Michon. J'annoncerai à la Société que la malade chez laquelle j'avais pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive a succombé le treizième jour après l'accident à une excessive faiblesse. Le dernier jour il y avait eu quelques hémorrhagies assez importantes.

Voici ce que l'autopsie a fait voir :

Le couteau a pénétré obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans ; la lame étant dans la direction de l'axe du corps a divisé peu de parties. Elle a passé entre les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qu'elle a éraillés sans les couper en travers, est arrivée entre la trachée et les gros vaisseaux du cou, a ouvert la gaîne de ceux-ci et a coupé la carotide et le nerf pneumo-gastrique droits, à 4 millimètres environ du tronc brachio-céphalique, laissant intact le tronc de la jugulaire; puis la lame a glissé en arrière de la trachée-artère et de l'œsophage, en entamant légèrement la tunique musculeuse de celui-ci, et en épargnant complétement la muqueuse; puis enfin a pénétré entre ces organes et la colonne cervicale dans la partie supérieure des médiastins, en arrivant jusqu'au tissu cellulaire qui double la plèvre droite. Ce trajet a été vérifié par l'autopsie.

En outre, voici les phénomènes consécutifs qui ont été observés :

1° Un épanchement de sang très considérable remplissant en haut la gaîne des vaisseaux et pouvant être suivi jusqu'à la base du crâne; s'infiltrant sur les côtés entre les muscles de la région cervicale droite, et en arrière entre l'œsophage et les muscles longs du cou. En bas, l'épanchement occupe la cavité des médiastins, et va en diminuant de haut en bas. Le sang épanché est en grande partie organisé. Il paraît résulter de l'hémorrhagie primitive, et partout où il se trouve il rend la dissection très difficile.

2° Le péricarde présente des ecchymoses à l'extérieur, et contient une assez grande quantité de liquide.

3° La plèvre droite, intacte dans sa continuité, est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse, et présente des adhérences commençantes qui témoignent d'une inflammation récente.

4° Au point où aboutissent les deux plaies, celle du couteau et celle de la ligature, on trouve les deux bouts de l'artère dans l'état suivant : le bout inférieur a 4 millimètres de longueur ; il est conique, et porte encore les fils de la ligature. Mais il existe autour de celle-ci des éraillures qui semblent le point de départ de l'hémorrhagie secondaire. A l'intérieur le caillot est très petit et obture à peine le calibre du vaisseau. La ligature du bout supérieur est tombée et flotte dans la plaie. A l'intérieur on trouve un caillot obturateur assez considérable, se prolongeant en haut sous forme d'un caillot conique jusqu'à la bifurcation de la carotide.

En terminant, M. Michon montre la pièce qui a été préparée avec beaucoup de soin par M. le docteur de Musset, prosecteur de la Faculté.

Cette pièce sera déposée au nom de la Société dans le musée Dupuytren.

Arrachement du doigt auriculaire gauche.

M. Denonvilliers présente un doigt auriculaire gauche qui fut pris dans la courroie d'une machine à vapeur et arraché par suite de l'effort violent que fit le blessé pour se dégager. La peau offre une section nette et oblique comme celle d'une amputation ovalaire. La première phalange, brisée vers sa partie supérieure, n'est pas entière. Au doigt tiennent :

1° Les tendons du fléchisseur profond et de l'extenseur propre du petit doigt, détachés du reste du corps par la rupture des fibres charnues qui se fixent à leur partie supérieure ;

2° Les deux artères collatérales rompues un peu au-dessus du niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ;

3° Les deux nerfs collatéraux brisés, l'un à 5 et l'autre à 12 ou 15 centimètres environ, au-dessus de cette même articulation. Le tendon du fléchisseur sublime s'était déchiré dans le point correspondant à la fracture de la première phalange, de telle sorte qu'il n'avait pas été arraché.

Enfin, bien que le tendon de l'extenseur commun qui appartient au petit doigt eût été rompu un peu au-dessus de l'articulation

métacarpo-phalangienne, il avait cependant été arraché et d'une manière si singulière qu'il était en quelque sorte retourné. Sans relation avec le doigt séparé, il restait implanté par son extrémité inférieure sur la plaie, tandis que son extrémité supérieure, pourvue encore de ses fibres charnues, rompues et déchirées, pendait libre et sans soutien.

Cette circonstance donne une physionomie particulière à ce fait jusqu'ici sans exemple, et qui ne se reproduira peut-être jamais. M. Denonvilliers en présente une explication, basée sur la disposition anatomique des tendons du petit doigt, et reproduit artificiellement la lésion sous les yeux de la Société, sur un avant-bras du cadavre préparé à cet effet.

Après avoir coupé à fleur de la plaie le tendon renversé de l'extenseur commun, M. Denonvilliers fit faire un pansement simple, et au bout de quinze jours le blessé était guéri, n'ayant éprouvé aucun accident, comme c'est l'ordinaire dans ces sortes de blessures.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 1er septembre 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. HUGUIER, à l'occasion du procès-verbal : Le malade que M. Demarquay vous a présenté me reporte tout naturellement à un fait analogue dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir : il s'agissait d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis chez un individu atteint d'une hernie inguinale et portant depuis longtemps un bandage. Je me demande si dans ce cas la pression de la pelote sur la région inguinale n'a pas été une des causes de cette affection ? Il serait intéressant de faire des recherches sur ce sujet et de voir jusqu'à quel point l'action du bandage ne peut pas être, par suite de la gêne dans la circulation, une cause de la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Correspondance.

M. le professeur BÉRARD écrit pour remercier la Société, qui l'a nommé membre honoraire.

M. le professeur Roux a la parole pour la lecture d'un mémoire.

Des maladies du système vasculaire sanguin, particulièrement des artères; des principales ressources de la thérapeutique chirurgicale contre ces maladies.

Tel est le titre du mémoire que M. le professeur Roux a communiqué en partie aujourd'hui à la Société. Ce travail, qui a été précédé de quelques paroles très gracieuses pour l'auditoire, est, on peut le dire, le résumé de la longue pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu : il sera facile de le comprendre quand on saura qu'il embrasse plus de 82 ligatures d'artères dans des cas généralement graves.

Ce mémoire devant être dans l'une des prochaines séances l'objet d'une discussion, nous chercherons à en faire une analyse aussi complète que possible.

M. Roux n'a pas voulu positivement faire une statistique; il a groupé les faits pour en tirer des conséquences pratiques.

Commençant par les anévrismes spontanés, il énumère d'abord la série des artères principales dans lesquelles il n'en a point rencontré : au membre supérieur, une seule fois, il a rencontré un anévrisme spontané de l'artère axillaire, de l'artère radiale et de l'artère cubitale.

Au membre inférieur, il a eu occasion de voir deux fois l'anévrisme au pli de l'aine, une fois avec Boyer, une fois dans sa pratique particulière. Le nombre des anévrismes de l'artère fémorale dans toute l'étendue de ce vaisseau n'est que de trois, mais pour l'artère poplitée il monte à 27 : la plupart occupaient la partie moyenne de l'artère. Parmi les malades il s'en est rencontré deux affectés d'un double anévrisme, et l'un des deux, à trois années d'intervalle, a été opéré deux fois par le procédé de Hunter.

Le nombre des anévrismes a été de beaucoup plus nombreux chez les hommes : il s'élève à 33 cas, 2 seulement ont été observés chez des femmes.

Cette différence porterait M. Roux à penser que l'anévrisme est bien plus souvent le résultat d'une cause externe que d'une altération pathologique des vaisseaux. Si l'anévrisme spontané en était

le résultat, on devrait rencontrer plus souvent plusieurs tumeurs chez le même individu ; ce qui est fort rare.

La cause externe, pour M. Roux, a une telle influence qu'il est tenté de regarder les anévrismes poplités comme à demi traumatiques. A l'exception d'un seul cas, celui d'un anévrisme de l'artère axillaire développé chez un sujet à peine âgé de vingt-sept ans, c'est généralement vers quarante ans que l'affection s'est montrée.

Ce sont aussi les professions fatigantes qui semblent y prédisposer, principalement celles qui, par certaines attitudes forcées ou souvent répétées, peuvent distendre les vaisseaux : ainsi, sur les 33 malades, 2 seuls avaient mené une vie exempte de grandes fatigues.

C'est toujours par la suspension soudaine du cours du sang, par la ligature, que M. Roux a combattu la maladie. Deux fois seulement il recourut à la méthode ancienne ; une fois en 1808, et l'autre fois en 1825. Dans ce dernier cas il y fut forcé par le volume de la tumeur, qui remontait au-dessus de l'artère et la masquait. Ces deux opérations furent suivies de succès.

Toutes les autres opérations d'anévrismes spontanés ont été faites d'après la méthode de Hunter, toutes exactement de la même manière ; seulement tantôt assez près, tantôt au contraire un peu loin de la tumeur, selon qu'il s'agissait de tel anévrisme ou de tel autre. Toutes ont été faites par le procédé de Scarpa, quant à la manière d'agir sur l'artère seule autant que possible, et en suivant le précepte qu'il a donné pour les anévrismes poplités, de mettre l'artère crurale à découvert, non à la partie inférieure, comme le faisait Hunter, mais au bas de l'espace inguinal.

M. Roux fait ensuite remarquer combien on trouve de différences dans l'époque de la chute de la ligature, quelle que soit du reste l'issue de l'opération alors même qu'à aucune époque il n'y a eu d'hémorrhagie. Généralement la séparation s'est opérée du dix-huitième au vingtième jour ; une fois elle a eu lieu dès le quinzième jour, et une fois elle a été retardée jusqu'au trentième.

Les ligatures des grosses artères ne sont point exemptes de danger ; aussi ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que les chirurgiens sont arrivés peu à peu à pratiquer des ligatures importantes pour des affections du système artériel qui ne menaçaient pas la vie d'une manière imminente.

Au nombre des accidents consécutifs se trouvent :

1° Le sphacèle du membre, des eschares partielles; dans les deux premières opérations pratiquées par M. Roux par la méthode d'Anel ou de Hunter, il y eut des eschares.

Trois fois seulement sur trente-trois ligatures de l'artère crurale, le sphacèle a eu lieu, et dans un de ces trois cas ce ne fut que vingt jours après la ligature. Cette fois, il n'y eut pas possibilité de pratiquer l'amputation ; chez les deux autres l'amputation n'empêcha pas la mort.

2° Comme dans toutes les autres opérations, on a à redouter après une ligature d'artère tous les accidents qui surviennent après une plaie faite par le chirurgien. Peut-être les malades sont-ils plus disposés à une artérite ou à une phlébite.

3° Enfin il est un troisième accident qui peut arriver dans l'opération d'anévrisme la plus heureusement exécutée, c'est l'hémorrhagie ; accident plus fréquent dans l'ancienne méthode que dans celle de Hunter.

Dans toutes les opérations pratiquées par M. Roux par la méthode de Hunter, quatre fois il eut à combattre cette complication ; trois de ces hémorrhagies, dont l'une survint au cinquantième jour, entraînèrent la mort. C'est certainement le genre d'accident contre lequel il faut être le plus en garde tant que la plaie n'est pas cicatrisée.

En tenant compte de tous les accidents survenus à la suite de l'opération de l'anévrisme, il n'y a eu que dix revers sur 38 cas. Après avoir terminé ce premier relevé, M. Roux insiste sur les avantages que la science pourrait retirer si chacun voulait bien apporter son contingent, quelque minime qu'il pût être ; il y aurait là une source féconde d'enseignements pour comparer la valeur des méthodes, non-seulement dans le traitement des anévrismes spontanés, mais dans tous les cas où le chirurgien est obligé de recourir à la ligature pour suspendre le cours du sang.

N'abandonnant pas l'idée des hémorrhagies consécutives, l'auteur du mémoire énumère en passant quels sont les cas qui nécessitent la ligature de l'artère.

A cette occasion, il nous fait connaître que dans sa longue pratique, six fois il a été obligé de lier l'artère crurale au lieu d'élection après des amputations de jambe ou de cuisse, une fois

l'artère brachiale près du creux axillaire après une amputation du bras, et deux fois l'artère sous-clavière après la désarticulation du bras.

Il rappelle que non-seulement les chirurgiens ont fait des ligatures pour s'opposer à des hémorrhagies plus ou moins imminentes, mais que ce moyen a été conseillé pour agir d'une manière physiologique dans certaines altérations des tissus. Ainsi Maunoir pour le sarcocèle, Mirault pour le cancer de la langue, ont proposé la ligature de l'artère principale de l'organe malade.

M. Roux abordant ensuite les anévrismes faux consécutifs, est étonné de la différence de résultats. Sur les dix cas qu'il a opérés, il a eu dix succès; une seule fois il a ouvert le sac, dans les 9 autres cas il a suivi la méthode de Hunter. C'est toujours au bras qu'il les a rencontrés; huit provenaient de saignées malheureuses.

C'est la saignée qui cause aussi habituellement l'anévrisme artérioso-veineux, qui a deux manières d'être : varice anévrismale et anévrisme variqueux, c'est-à-dire anévrisme faux consécutif avec varice anévrismale.

Dans ces cas il faut agir comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente; il faut lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Six fois M. Roux a eu occasion d'opérer, quatre fois seulement le succès a été complet. Chez les deux autres malades, la gangrène et des hémorrhagies étant survenues, l'amputation du bras a été faite une fois avec succès.

L'histoire de la ligature de l'artère a conduit tout naturellement M. Roux sur le terrain des tumeurs érectiles. Jamais il n'a eu occasion de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre pour ce fait, mais il a lié la carotide primitive pour une tumeur érectile née de l'intérieur de l'orbite et occupant toute la partie supérieure droite de la face. Il n'y eut ni gangrène, ni hémorrhagie; le succès fut complet, malgré l'indocilité du malade.

Trois fois au contraire il a lié l'artère principale du membre pour des tumeurs fongueuses sanguines des os. Une fois il y a eu récidive. Une autre fois, disparition complète de la tumeur; dans le troisième cas, le malade a succombé épuisé par des hémorrhagies.

Les blessures des artères sont la cause la plus habituelle qui amène la ligature; il ne s'agira ici que des grosses artères, et à cette occasion M. Roux se demande si tel ou tel procédé n'a pas une influence plus ou moins prononcée sur les hémorrhagies consécutives, sur la gangrène, etc.

Deux fois il a lié la carotide pour ces plaies d'artères situées au-dessus. Dans ces deux cas, succès.

Trois fois, dans le but de prévenir une hémorrhagie considérable, il a placé une ligature d'attente sur l'artère carotide; c'était avant d'enlever des tumeurs volumineuses de la face ou du cou. Ce moyen a réussi.

Trois fois à la suite de plaies déjà anciennes de l'artère axillaire, il a été obligé de lier la sous-clavière à son passage ou en dehors de son passage entre les scalènes. Dans ces trois cas, où les circonstances étaient aussi défavorables que possible, il n'y a eu aucun succès. Contrairement à son habitude, il n'avait pas placé de cylindre sous les ligatures avant de les nouer; il avait coupé l'artère entre les deux ligatures. Il a agi ainsi pour une ligature de l'iliaque externe.

Sept fois M. Roux a été obligé de recourir à la ligature secondaire de l'artère principale du membre après des amputations; c'est surtout pour le membre inférieur qu'il a dû y recourir. Quatre de ces blessés ont succombé, épuisés probablement par la quantité de sang qu'ils avaient perdue.

Nombre de fois M. Roux a eu à lier des artères considérables à la suite de plaies d'armes à feu ou de plaies des membres, et à ce sujet il cite plusieurs faits d'un haut intérêt pour la pratique; parmi eux, il en est un qui appartient à Boyer.

A cette occasion, il dit que, malgré la conviction profonde où il est que, dans les plaies artérielles récentes, comme dans tout anévrisme faux primitif, le mieux serait qu'on pût toujours découvrir l'artère là même où elle a été blessée pour pouvoir la lier au-dessus et au-dessous de la plaie, et que la méthode de Hunter appliquée dans des cas de ce genre expose à des chances fâcheuses, il est des circonstances dans lesquelles cette sorte de règle doit fléchir: ainsi dans les plaies de l'artère poplitée ou des artères de la jambe à leur origine, à cause des difficultés de l'opération, qui sont presque aussi grandes que dans la méthode ancienne.

L'iliaque externe a été liée deux fois par M. Roux pour des hémorrhagies provenant de la partie supérieure de l'artère crurale.

La première partie de ce mémoire comprend, outre plusieurs observations très intéressantes, les résultats de 82 ligatures pratiquées sur des artères considérables ; à côté des causes, on voit quelle est l'artère malade et quel est le procédé qui a été employé :

Artère poplitée. . . . 1 pour un anévrisme spontané ; méthode ancienne.

Artère crurale, 46. . 3 pour plaies récentes ;
2 pour hémorrhagies consécutives à des plaies d'armes à feu ;
2 pour ouverture imprévue de l'artère crurale dans une opération ;
7 pour hémorrhagies consécutives à l'amputation de la cuisse ou de la jambe ;
1 pour un anévrisme crural opéré par la méthode de Hunter ;
2 pour un anévrisme crural opéré par la méthode ancienne ;
2 pour tumeurs fongueuses du tibia ;
27 pour des anévrismes poplités opérés par la méthode de Hunter.

Artère brachiale, 20. 10 pour anévrismes faux consécutifs du pli du bras ;
6 pour anévrismes artérioso-veineux ;
2 pour hémorrhagie consécutive à l'amputation du bras ou de l'avant-bras ;
1 pour un anévrisme spontaué de l'artère cubitale ;
1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité inférieure du radius ;

Carotide primitive, 6. 1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite ;
2 pour plaies de la face ou du cou ;
3 comme ressource préventive dans des opérations.

Axillaire. . . . . . . 4 ligatures, toutes faites immédiatement au-dessous de la clavicule ;
1 pour un anévrisme spontané;
1 pour une plaie récente compliquée d'anévrisme faux primitif;
2 pour des hémorrhagies à la suite de l'extirpation du bras.

Sous-clavière. . . . . 3 fois pour des hémorrhagies secondaires.

Iliaque externe. . . . 2 fois pour hémorrhagies consécutives à la ligature de l'artère crurale.

Jamais M. Roux n'a pratiqué la méthode de Brasdor ou de Wardrop.

Sur les 82 opérations, 16 appartiennent à la méthode ancienne, 66 à la méthode d'Anel ou de Hunter, en suivant dans le procédé opératoire les préceptes de Scarpa.

Sur ces 82 ligatures, 3 ont été pratiquées comme moyen prophylactique contre des hémorrhagies dans des opérations difficiles;
5 pour des plaies récentes donnant lieu à un anévrisme faux primitif;
2 pour la lésion imprévue d'une grosse artère dans une opération;
19 pour des hémorrhagies consécutives d'origines diverses, dont 9 résultant d'amputations;
1 pour une tumeur fongueuse sanguine artérielle;
3 pour des tumeurs fongueuses des os;
6 pour des anévrismes artérioso-veineux;
10 pour des anévrismes faux consécutifs;
33 pour des anévrismes spontanés, dont 28 appartiennent à l'artère poplitée.

— M. Robert donne ensuite lecture, au nom de la commission, du rapport fait sur la demande de M. le docteur Demeaux sur un cas de médecine légale.

Sur plusieurs observations faites par quelques-uns des membres de la Société, le rapport est renvoyé de nouveau à la commission.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 8 septembre 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés par MM. les professeurs Lawrence et Benjamin Travers. Ces deux lettres sont conçues dans des termes tellement honorables pour la Société de chirurgie qu'un sentiment de convenance nous empêche de les reproduire.

M. Jarjavay fait hommage à la Société du premier volume de son *Traité d'anatomie chirurgicale.*

M. Maisonneuve offre à la Société la première partie d'un ouvrage intitulé : *Leçons cliniques sur les affections cancéreuses professées à l'hôpital Cochin*, recueillies et publiées par M. le docteur A. Favrot.

Extrait du rapport fait sur la thèse de M. le Dr Lecomte.

(Ectopies congéniales du testicule et maladies de ces organes engagés dans l'aine.)

M. Debout, dans une des dernières séances, en rendant compte de la thèse de M. Lecomte sur les ectopies congéniales du testicule et les maladies de ces organes engagés dans l'aine, avait d'abord fait ressortir tout ce que l'étude d'un pareil sujet avait d'intéressant, non-seulement sous le rapport physiologique, mais aussi sous celui de la pathologie chirurgicale.

Après avoir ensuite exposé le plan de l'auteur et lui avoir payé un juste tribut d'éloges pour le soin avec lequel il s'est acquitté de sa tâche, M. Debout a cru devoir ne pas laisser échapper l'occasion de soumettre à la discussion de la Société deux questions sur lesquelles la science est loin d'avoir dit son dernier mot. La première

a trait à l'existence et à la nature de l'altération subie par les testicules inclus dans la cavité abdominale ou dans l'aine; la seconde comporte les moyens dont la chirurgie dispose pour triompher de cette évolution imparfaite ou vicieuse.

Hunter a émis cette opinion, que les glandes séminales restées dans l'abdomen ne possédaient pas les qualités qui les rendaient propres à la fécondation ; cette assertion a été souvent discutée, et M. Debout a cherché à prouver, par l'examen des faits rassemblés dans un travail récent de notre honorable collègue M. Follin, qu'elle est loin d'avoir les caractères de loi qu'on lui accorde, et il a résumé ainsi la question :

Lorsque aucune cause morbide apparente n'est venue exercer son influence sur l'évolution des testicules situés dans la cavité abdominale, le petit volume de ceux-ci est dû seulement à un arrêt dans leur développement organique et non à une atrophie. Des faits observés par MM. Lallemand et Wilson prouvent que cet état observé sur des testicules descendus dans les bourses a pu disparaître sous l'influence des excitations vénériennes ; on ne pourrait donc pas affirmer que, chez les individus encore jeunes, chez lesquels on observe une disposition semblable et double, l'évolution des organes inclus ne se complétera pas, et qu'ils seront atteints dans leur virilité. Reste encore la question d'aptitude à la reproduction ; cette dernière ne peut être tranchée que par des expériences faites sur des animaux chez lesquels les testicules ne sont pas apparents.

De toutes les espèces de déviation du testicule, l'inclusion inguinale est celle qui prête aux considérations pratiques les plus importantes. Les points sur lesquels M. Debout a cru devoir fixer l'attention de la Société sont : 1° l'opportunité de l'intervention du chirurgien ; 2° l'époque à laquelle elle doit avoir lieu ; 3° quels sont les moyens les plus convenables à employer.

Un très grand nombre d'enfants naissent avec les testicules restés dans la cavité abdominale ; plus tard ces organes descendent, mais ce n'est pas constant : les chirurgiens chargés du conseil de révision l'ont souvent observé. Le grand nombre de déviations que M. Debout a pu examiner dans divers services des hôpitaux de Paris lui fait demander si le praticien ne doit pas intervenir lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable anomalie. Les chances

d'erreur et surtout les exemples nombreux de lésions des testicules engagés dans l'aine paraissent au rapporteur des motifs plausibles d'intervention. A quelle époque faut-il intervenir? Faut-il provoquer la migration de l'organe, ou doit-on aider seulement son évolution ? M. Debout, dans la pratique, s'est borné à ce dernier point ; à propos de ce sujet, il a exposé les moyens divers dont le chirurgien peut disposer suivant l'âge des enfants.

La glande séminale renfermée dans le canal inguinal a été comparée à une anse intestinale. Or les mêmes causes qui favorisent dans l'enfance la formation des hernies peuvent aider à la descente des testicules ; on en a vu des exemples : le chirurgien ne doit donc repousser aucun moyen naturel. Plus tard, vers la puberté, on peut s'adresser à des moyens directs plus actifs ; tous les exercices gymnastiques peuvent être d'une grande utilité. Parmi les diverses ressources chirurgicales, M. Debout signale l'emploi du bandage que, d'après le conseil de M. Guersant, il a employé avec succès pour empêcher le testicule de remonter après avoir franchi l'anneau. Il blâme énergiquement toute opération sanglante dans laquelle on va chercher le testicule pour l'amener au dehors.

M. Follin. M. Debout s'est élevé contre l'opinion de Hunter, qui regarde comme défectueux les testicules retenus dans l'anneau ou dans le ventre ; par cela même il a été amené à discuter les faits que j'ai publiés dans un travail inséré aux *Archives de médecine* (juillet 1851). Ces faits venaient démontrer l'assertion de Hunter. Par des dissections et des examens microscopiques, je suis, je crois, parvenu à établir que presque tous les testicules retenus à l'anneau ou dans l'abdomen subissent dans leur volume ou leur texture des modifications profondes. Ainsi, la plupart de ces testicules sont atrophiés ; la plupart aussi éprouvent une grave altération dans leur texture ; les canalicules séminifères se résorbent, et les cloisons fibreuses, qui seules persistent, donnent à la substance testiculaire l'apparence du tissu fibreux. Dans d'autres cas, j'ai trouvé ces testicules envahis par une infiltration graisseuse. Les pièces que j'ai déposées au musée Dupuytren sont destinées à démontrer ces divers modes d'altération. Depuis, dans tous les cas où il m'a été possible d'examiner le sperme contenu dans ces testicules retenus à une place anormale, j'ai constamment remarqué une absence de spermatozoïdes. Quelques globules granuleux et des cellules d'épi-

thélium infiltrées de graisse se laissaient seuls voir dans le fluide spermatique. Appuyé sur ces faits, j'ai été conduit à soutenir que de tels organes étaient impropres à la fécondation ; car les expériences de Prevost et Dumas me semblent avoir établi que le sperme dépouillé de ses spermatozoïdes n'est plus fécondant. Comme confirmation de ce que j'avance, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des testicules pris chez un cheval anorchide. Ces testicules flottaient librement dans la cavité abdominale; leur volume est très médiocre, comparé au volume du testicule normal du cheval. L'un d'eux n'atteint pas en grosseur le quart d'un testicule sain. Ces organes sont flasques. Une coupe faite dans leur milieu n'y fait voir qu'un tissu fibreux jaunâtre mêlé à quelques canaux séminifères peu développés. Il ne m'a pas été possible d'extraire de ces testicules ni de leurs canaux déférents du véritable sperme; on n'en faisait sortir qu'un liquide jaunâtre, épais, entièrement dépourvu de spermatozoïdes.

En terminant, je ferai remarquer à la Société que les vaisseaux sanguins et les canaux déférents de ces testicules avaient éprouvé plusieurs torsions sur eux-mêmes. Ce mouvement de torsion, produit sans doute par les déplacements très fréqnents qu'éprouvent les testicules au milieu du ventre, n'est peut-être pas étranger à l'arrêt de développement de l'organe. En résumé, d'après l'examen de tous ces faits, je suis porté à conclure que les testicules retenus pendant quelques années dans le canal inguinal ou dans l'abdomen, y subissent assez promptement des altérations qui compromettent gravement la sécrétion du sperme.

M. Gosselin. Je me suis occupé de faire des recherches sur les modifications que les testicules éprouvaient lorsqu'ils ne pouvaient franchir l'anneau inguinal; il ne m'est pas arrivé de rencontrer encore les deux testicules renfermés dans l'abdomen, mais constamment celui qui n'était pas descendu dans le scrotum m'a paru un peu atrophié. Je crois, du reste, que, dans ces cas, il faut toujours examiner au microscope si le liquide renferme des spermatozoïdes, surtout dans le canal de l'épididyme. Chez les monorchides, le testicule apparent a un volume normal.

Cette question ne me semble pas, du reste, avoir dans la pratique une grande importance.

Au point de vue médico-légal, si les deux testicules étaient ren-

fermés dans l'abdomen, il faudrait agir avec une grande réserve, car jusqu'à ce jour on n'est pas suffisamment éclairé sur ce point.

Quel sera, dans ce cas, le rôle du chirurgien ? Doit-il intervenir, comme Blandin l'a conseillé ? Je ne le crois pas, il y a trop d'accidents à craindre.

Faut-il placer un bandage ? C'est encore un point douteux ; ainsi, lors même que le testicule est descendu, il ne faut pas oublier que constamment il a de la tendance à remonter et qu'il est exposé à être meurtri par le bandage. Lorsque chez des enfants de quatre ou cinq ans il existe une hernie, faut-il mettre un bandage? C'est encore une question bien difficile à résoudre ; car si le bandage maintient la hernie, il empêche la descente et le développement du testicule. Je crois que, dans ces cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'observer l'enfant et de faire rentrer la hernie lorsqu'elle est gênante ; il y a peut-être moins d'inconvénient à maintenir le testicule et la hernie réduits. Il me semble plus prudent d'attendre quelques années.

M. Gerdy. Je pense qu'il est plus important pour la pratique que ne le croit M. Gosselin de savoir quelle conduite il faut tenir vis-à-vis des individus qui n'ont qu'un testicule descendu dans le scrotum. On peut être consulté pour ce sujet et se trouver fort embarrassé. Un jour, trois personnes, dont l'une devait se marier, vinrent me consulter pour savoir si un individu monorchide était apte à pouvoir devenir père. J'examinai le jeune homme, qui n'avait qu'un seul testicule descendu dans le scrotum, et répondis que, loin d'être incapable, il était peut-être plus apte que personne ; malgré mon affirmation, l'une des personnes assistant répondit d'une manière un peu pittoresque que j'avais beau dire, mais que jamais elle ne voudrait d'un pareil gendre.

J'ai dans ce moment, à la Charité, un malade chez lequel le testicule est encore dans l'aine, et qui a en outre une hernie ; j'ai fait construire pour lui un bandage à pelote échancrée pour ne pas léser le testicule. On obtiendrait un bon résultat si on pouvait séparer le testicule de la hernie.

Je disais tout à l'heure qu'il faut faire grande attention quand on est consulté sur de pareils sujets ; il est difficile de se faire une idée des préjugés qui règnent dans certaines classes. Ce dont il faut surtout bien se garder, c'est d'affirmer qu'un individu est incapable

d'avoir des enfants parce que les deux testicules ne sont pas très développés ou qu'ils sont inégaux.

M. Chassaignac. J'ai essayé d'employer la ventouse chez un individu dont le testicule était au voisinage de l'anneau. Ce jeune homme était entré dans mon service pour être opéré d'une bride résultant d'une brûlure. Pendant les trois mois qu'il resta à l'hôpital, j'appliquai journellement une ventouse dans le but de faire marcher le testicule; mais ce fut en vain. La ventouse n'était pas plutôt enlevée que le testicule remontait brusquement; il arriva même que, sous l'influence de ces manœuvres, il survint une hydrocèle, peut-être même un commencement de hernie. A cette époque le malade quitta l'hôpital, et depuis je ne l'ai point revu. A l'occasion de l'emploi de la ventouse, je dirai qu'il faut avoir soin, avant de l'appliquer, d'enduire la peau d'un corps gras pour ne pas attirer celle des parties voisines et ne pas causer une tension très douloureuse.

M. Michon. Notre collègue M. Debout a demandé que la discussion de la Société de chirurgie fixât la science sur la question importante qu'il a soulevée. Pour mon compte, je viens apporter des doutes seulement. M. Follin présente des faits et des pièces anatomiques empruntés à la médecine vétérinaire. Dans les animaux comme dans l'homme, la question est complexe. Chez eux, en effet, les testicules présentent, comme chez l'homme, des vices de conformation et de position différents; l'âge de la vie auquel on les étudie doit être pris en grande considération.

Lorsque les deux testicules sont retenus dans l'abdomen, les animaux sont dits *anorchides* et *monorchides* lorsqu'un seul testicule présente ce vice de position. Mais les testicules retenus dans l'abdomen n'affectent pas toujours une position unique et dans une même région; ils peuvent rester dans la région lombaire, ou bien se présenter près de l'orifice de l'anneau inguinal. On comprend qu'ils peuvent avoir subi un arrêt de développement ou un travail d'atrophie; il est certain aussi que, dans un bon nombre de cas, ils présentent du moins toutes les apparences d'un testicule normalement conformé.

J'ai vu plusieurs fois dans la race porcine des individus monorchides, qui avaient subi l'ablation du testicule sorti au dehors, être soumis (parce qu'ils étaient vicieux et réfractaires à l'engraisse-

ment) à l'extraction de l'autre testicule par l'ouverture de l'abdomen. Ces testicules, restés dans la région iléo-lombaire, étaient retenus par un cordon court, vasculaire et bien nourri ; ils m'ont présenté les apparences d'un testicule sain. Mais ils n'ont pas été examinés au microscope ; je ne pourrais pas dire s'ils contenaient des animalcules spermatiques.

Les poulains que l'on castre vers l'âge de deux ou trois ans sont quelquefois monorchides, et les opérateurs ambulants se hâtent de couper le testicule sorti au dehors, parce qu'ils ont la conviction que l'ablation de ce testicule détermine l'évolution complète de celui qui est resté en dedans, et alors la castration est opérée en deux fois. Eh bien, dans l'intervalle de ces deux opérations, avant que le second testicule fût sorti, il est arrivé plusieurs fois à ma connaissance que des paternités ont été attribuées à ces poulains monorchides, parce qu'il ne se trouvait pas dans les environs d'autres chevaux ayant des testicules. Je ne cite pas ces faits comme des preuves scientifiques, ils n'en ont pas tous les caractères. J'ai dit que j'apportais des doutes.

Tout récemment le *Recueil de médecine vétérinaire pratique* a traité un point de cette question à l'occasion d'un cheval de course célèbre qui se trouve être anorchide.

Un vétérinaire dont le savoir et le mérite sont d'une grande autorité, M. Roubaux, a émis l'opinion que les chevaux anorchides sont inféconds. Il a rapporté, à l'appui, l'observation qu'il a faite sur un cheval âgé, auquel un testicule avait été enlevé par la castration, l'autre étant resté dans l'abdomen. Cet animal a pu monter trois fois une jument dans un laps de temps assez court, et le liquide de l'éjaculation recueilli dans un vase fut immédiatement examiné au microscope sans qu'on pût y reconnaître d'animalcules spermatiques. Cette expérience n'autorise pas, selon moi, une conclusion absolue. D'abord l'animal ne se trouve pas exactement dans les conditions des anorchides. Il a perdu par l'opération un testicule normal, celui qui lui reste dans l'abdomen a probablement subi bien des vicissitudes, car l'animal est âgé.

L'observation journalière apprend que les testicules retardataires, soit qu'ils finissent par sortir, soit qu'ils restent inclus dans l'abdomen, sont soumis de temps en temps à des efforts d'expulsion comparables sous quelques rapports au travail qui se remarque dans

la sortie difficile des dents de sagesse, et que ces inflammations répétées, capables dans quelques cas d'amener des adhérences avec les parties voisines, peuvent bien aussi conduire graduellement à l'atrophie de l'organe inclus. Il me semble que, tout en accordant beaucoup de valeur aux recherches anatomiques et microscopiques, il est à désirer que l'expérimentation physiologique vienne compléter les données anatomiques, et que plusieurs animaux anorchides soient, dans des conditions variées, essayés à la reproduction. Cela paraît d'autant plus nécessaire, que dans le même recueil on cite des exemples de chevaux anorchides qui auraient été de bons reproducteurs. N'est-il pas possible d'admettre que ces animaux ne se trouvent pas tous dans les mêmes conditions, et que parmi il y en ait avec des testicules occupant des positions différentes, les uns avec arrêt de développement, les autres avec atrophie, quelques-uns enfin peut-être avec des testicules normalement développés? Un fait bien remarquable reste acquis, c'est que presque tous montraient de l'aptitude à la copulation.

Dans l'homme, la question qui peut recevoir quelques lumières de l'étude des animaux au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, prend une bien plus grande importance quand il s'agit de thérapeutique. La chirurgie doit-elle et peut-elle intervenir utilement pour favoriser la descente du testicule? La médecine opératoire me paraît devoir être mise de côté. Il importe de distinguer l'époque de la vie à laquelle on observe ce vice de conformation. Chez les adultes il y a peu de chose à espérer, peu de chose à tenter. Lors même que le testicule a franchi l'anneau, il ne descend pas dans le scrotum, non-seulement parce que la bourse ne s'est pas développée, mais surtout parce que le gubernaculum n'existe pas ou n'existe plus. J'ai dans un cas de ce genre, chez un adulte de vingt-cinq à trente ans, appliqué aussi, sans aucune espèce de succès, des ventouses. Ce jeune homme n'éprouvait aucune souffrance; il avait le désir de se marier, et était surtout préoccupé de l'idée de se présenter à une femme dans cet état d'apparente infériorité, quoiqu'il parût poussé par un désir assez vif de rapprochement sexuel. Mes efforts ayant été inutiles, je l'ai perdu de vue.

A l'époque de la puberté, la chirurgie peut être d'une grande utilité, surtout si on saisit l'instant favorable. Il y a quelques années, alors qu'on regardait encore l'occlusion du testicule dans l'ab-

domen comme une circonstance plutôt favorable que défavorable à la génération, on fermait l'anneau par un bandage, dans la crainte que le testicule ne fût suivi par une hernie. Le précepte était donné et suivi par Marjolin, celui de mes maîtres pour la mémoire duquel j'ai le plus profond respect et la plus vive reconnaissance. Cette pratique a non-seulement le mauvais effet moral dont il a été question, de ne laisser apparaître qu'un seul testicule; mais elle expose à des douleurs violentes chaque fois que le testicule est poussé par un travail, un effort de la nature qui tend à le porter au dehors. Un exemple de ce genre est à ma connaissance.

Il convient d'abandonner les choses aux efforts de la nature en exerçant une surveillance attentive, et de retenir le testicule au dehors en fermant l'anneau avec un bandage. C'est ce que j'ai fait deux fois avec un succès complet. Dans un des deux cas, la lutte fut fort longue et dura plus d'une année. Plusieurs fois le testicule sorti rentra dans l'abdomen, parce que je n'étais pas là pour placer le bandage, parce qu'un effort l'avait déplacé, et le testicule rentré restait un temps assez long, quelquefois plus d'un mois, avant de sortir de nouveau; enfin l'anneau s'est refermé sous la pelote d'un bandage, et le testicule est resté logé définitivement dans le scrotum avec son développement ordinaire, sans que le jeune homme, aujourd'hui adulte, ait conservé de hernie ni d'incommodité.

Lorsque la descente du testicule est compliquée de hernie, il est manifeste qu'il ne saurait y avoir de règle générale; si la hernie est sans adhérence avec le testicule, elle doit être retenue dans l'abdomen et le testicule maintenu au dehors. C'est la conduite que j'ai tenue chez un jeune vétérinaire chez lequel j'avais pratiqué l'opération de la hernie inguinale pour un étranglement très grave. L'entérocèle congéniale était accompagnée d'un testicule non complétement descendu dans la bourse; j'ai réduit l'entérocèle et maintenu avec succès le testicule au dehors. Dans le cas d'adhérences de l'intestin avec le testicule, la conduite à tenir doit être différente; elle n'est pas susceptible de préceptes généraux.

M. Larrey. La discussion qui vient de s'engager à l'occasion de la première partie du rapport de notre honorable collègue M. Debout aurait été plus opportune peut-être après la lecture de la seconde partie de ce rapport, en nous permettant mieux d'en apprécier l'ensemble et les détails. Il est à remarquer, en effet, que

cette discussion a devancé sur plusieurs points l'étude et l'analyse des faits; c'est pourquoi je réduirai aux termes d'une observation générale ce que j'ai à dire à cet égard : j'y suis, d'ailleurs, quelque peu engagé par le sujet même de la thèse, dont j'avais indiqué le choix à M. Lecomte, en lui fournissant une partie des matériaux nécessaires à son travail, sur les *ectopies congéniales des testicules.*

La fréquence des anomalies du siége de ces organes est telle, que les médecins militaires sont à même d'en observer un grand nombre. Les variétés que j'ai rencontrées, pour ma part, notamment dans les conseils de révision, m'ont engagé à les différencier sous les titres d'*inclusions pelvienne*, *inguinale*, *périnéale*, etc. La classification et l'étude de ces anomalies, ainsi que les recherches d'histoire, d'anatomie et de clinique me paraissent avoir été assez bien exposées par l'auteur de la thèse pour qu'il appartienne à M. le rapporteur seulement d'en apprécier la valeur.

Mais il me semble, et M. Debout me permettra de le lui dire, il me semble que son rapport, dans la première partie du moins, est plutôt une dissertation générale sur les ectopies testiculaires qu'une analyse spéciale de la thèse de M. Lecomte. L'appréciation qu'il a faite en même temps des *études* de notre honorable collègue M. Follin, *sur les anomalies de position et les atrophies du testicule*, quoique appartenant au même sujet, ne permet pas, d'après l'audition du rapport, de différencier nettement ce qui lui est propre de ce qui appartient à l'un ou à l'autre des deux travaux en question.

Si maintenant j'avais à me prononcer aussi sur la question délicate de la virilité, dans les cas d'inclusion abdominale du testicule, en admettant d'ailleurs les différents degrés d'altération, de transformation ou d'atrophie signalés par MM. Follin et Gosselin, je n'hésiterais pas à soutenir, comme le professeur Gerdy, que les cryptorchides se trouvent souvent placés dans des conditions telles, qu'ils peuvent inspirer aux femmes un éloignement absolu ou ressentir eux-mêmes un profond chagrin de leur apparente infirmité. Il faut dire *apparente*, parce que dans bon nombre de cas, ainsi que l'a observé M. Michon chez certains animaux, l'absence extérieure des testicules n'est pas incompatible avec la faculté procréatrice. Je suis d'autant plus porté à le croire, lorsqu'il s'agit d'une inclusion pelvienne plutôt que d'une inclusion inguinale, celle-ci

exposant davantage le testicule à diverses altérations et à l'atrophie par compression.

Quant à l'intervention chirurgicale dans les anomalies de position du testicule, elle me semble aussi devoir être très-réservée, soit comme traitement mécanique, soit comme médecine opératoire, à moins d'indications spéciales. C'est, du reste, une question qui sera discutée plus à propos lorsque M. Debout aura complété la lecture de son savant rapport.

M. Debout. En donnant l'analyse de la première partie de la thèse de M. Lecomte, je crois n'avoir rien omis. M. Lecomte a exposé l'état actuel de la science; il a, de plus, employé un mot heureux, celui d'inclusion, qui n'entraîne pas avec lui l'idée d'atrophie ou de modification de l'organe. Je crois aussi qu'il faut ne pas perdre de vue qu'il y a une grande différence entre la virilité et l'aptitude à la reproduction.

M. Guersant. Très souvent, à l'hôpital des Enfants, on nous amène de jeunes sujets chez lesquels l'évolution du testicule est incomplète, et voici la pratique que je suis habituellement dans ces circonstances:

1° Dans les cas où le testicule se présente à l'anneau seul, sans hernie, je conseille de ne pas s'en occuper et d'attendre les efforts de la nature.

2° Lorsque le testicule commence à sortir de l'anneau et qu'il y a hernie, je me trouve bien de faire porter le bandage herniaire en l'appliquant avec beaucoup de précaution, de manière à chasser le testicule et à maintenir la hernie; mais ce moyen n'est bon qu'autant que l'enfant est docile et comprend la manière d'appliquer lui-même son bandage, ou que ses parents sont assez soigneux et assez intelligents pour surveiller l'enfant en l'absence du chirurgien.

3° Enfin, lorsque la hernie adhère au testicule, et que tous deux, en franchissant l'anneau, déterminent des accidents répétés, je crois qu'un bandage herniaire doit maintenir le tout réduit.

Ces différents cas se présentent très souvent à l'hôpital des Enfants, et je n'ai point eu à me plaindre de la conduite que je viens d'indiquer.

J'ajouterai qu'un bon nombre d'individus de douze à quinze ans

restent avec un testicule engagé à l'anneau sans qu'il sorte jamais complétement.

M. Chassaignac. J'ai vu deux fois, à la suite d'un bandage mal appliqué, le testicule dévié de sa position naturelle, relégué au niveau de l'anneau crural et simuler une hernie.

M. Robert donne ensuite lecture du rapport suivant, adopté par la commission, en réponse à une demande de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque.

Rapport sur une note relative à une fracture de l'épine de l'omoplate considérée sous le point de vue médico-légal, par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque.

(Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.)

M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, a communiqué à la Société de chirurgie un fait qui n'a qu'un intérêt médiocre au point de vue scientifique, mais qui soulève une assez grave question sous le rapport de la médecine légale.

Le 23 mai 1852, un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution grêle, reçoit sur la joue gauche un vigoureux soufflet qui le renverse violemment à terre; l'épaule droite porte sur le sol. Il se relève, peut mouvoir ses bras et les croiser sur sa poitrine; mais le lendemain les douleurs qu'il ressent dans l'épaule droite lui interdisent tout mouvement du bras correspondant.

Le 25 au matin, M. Demeaux l'examine et constate l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate caractérisée par une vive douleur au siége de la lésion, la crépitation, la mobilité du fragment acromial. Le déplacement était nul, la rougeur et le gonflement peu prononcés.

Notre confrère se contenta de soutenir le bras avec une écharpe et de surveiller le malade.

Le 27 mai, les signes de la fracture furent de nouveau constatés sans peine. M. Demeaux revit le malade plusieurs fois dans le courant du mois de juin; tout alla pour le mieux.

Les choses en étaient là lorsque deux confrères de la localité mirent en doute l'existence de la fracture. D'après le premier, « une » fracture de l'omoplate ne saurait avoir lieu qu'à la suite d'un » coup de barre ou d'un coup d'arme à feu, et d'ailleurs avec une » pareille lésion tout mouvement du bras eût été impossible. » Le

second confrère, appelé par la partie adverse, a été judiciairement chargé de visiter le blessé. Il a fait son examen le 30 juin, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, et a déposé que, « d'après » la nature de la chute, attendu qu'il n'y avait ni ecchymose, ni » engorgement, ni difformité, et qu'il n'avait pas été appliqué d'ap- » pareil convenable, il conclut que la fracture de l'épine de l'omo- » plate n'avait jamais existé. »

La justice s'est prononcée, et a adopté des conclusions en rapport avec les dispositions et l'opinion des deux contradicteurs de M. Demeaux. Appel a été fait de ce jugement, et un autre tribunal sera bientôt appelé à statuer définitivement sur ce débat.

Tel est, en résumé, l'exposé du fait sur lequel M. Demeaux invoque aujourd'hui les lumières de la Société de chirurgie en la priant de répondre aux questions suivantes :

1° Une chute, dans laquelle l'épaule porte sur le sol, peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate ?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate qui n'était compliquée d'aucun déplacement ?

4° De ce que trente-huit jours après une chute sur l'épaule on ne trouve ni *ecchymose*, ni *engorgement*, ni *difformité*, est-on autorisé à en conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a pas existé ?

Messieurs, la Société de chirurgie ayant manifesté l'intention de n'intervenir dans cette discussion que d'une manière générale et dans l'intérêt seul de la vérité, votre commission se bornera strictement à vous soumettre les réponses qui lui ont paru devoir être adressées à chacune des questions posées par notre confrère.

1° A la première question : il est certain qu'une chute sur l'épaule peut déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate. L'exemple suivant en démontre la possibilité :

Le 30 juin dernier, M. le professeur Velpeau a eu l'occasion rare d'observer une fracture de cette espèce : le blessé était tombé à la renverse sur un talus; l'épaule gauche avait porté sur le sol, et au

même moment une vive douleur s'était fait ressentir dans cette région (*Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 326).

A l'observation directe, on peut joindre les données fournies par l'induction. En effet, l'acromion, dont les fractures doivent survenir par le même mécanisme que celles de l'épine scapulaire dont elle est la continuation, se fracture souvent à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule : ce fait est connu de tous les praticiens.

2° A la deuxième question : il n'est pas douteux qu'un blessé affecté de fracture de l'épine de l'omoplate ne puisse exécuter des mouvements variés avec le membre correspondant et même se livrer à un léger travail. En effet, ces fractures n'étant accompagnées d'aucun déplacement et les fragments étant maintenus par les masses charnues des muscles sus et sous-épineux d'une part, et de l'autre par les aponévroses résistantes des muscles trapèze et deltoïde, les mouvements de l'épaule et du bras ne doivent être que médiocrement douloureux. Qui ne sait d'ailleurs que dans des conditions moins favorables diverses fractures n'apportent qu'un faible obstacle à la mobilité des leviers osseux? Qui n'a vu des malades faire usage de leur membre après des fractures de la clavicule, de l'acromion, de l'humérus, du col du fémur, etc. ?

Du reste, l'observation directe se charge de répondre péremptoirement à la question qui nous est adressée. En effet, chez le blessé observé par M. Velpeau, tous les mouvements du bras étaient possibles, mais seulement gênés et douloureux.

3° A la troisième question : L'emploi d'une simple écharpe est suffisant pour permettre la consolidation des fractures de l'épine de l'omoplate; c'est même à ce moyen que se bornent la plupart des praticiens de nos jours. Il n'existe, en effet, dans cette espèce de fracture aucun déplacement à prévenir ou à combattre, et la seule indication est de placer le bras dans le repos.

4° A la quatrième et dernière question : La manifestation de l'ecchymose dans les fractures varie beaucoup trop pour être, en général, un signe de quelque valeur dans le diagnostic de ces lésions; l'épine de l'omoplate, en particulier, étant recouverte par les aponévroses des muscles trapèze et deltoïde, ces plans fibreux demeurés intacts, ainsi que l'aponévrose sous-épineuse, ne doivent-ils pas empêcher le sang épanché autour du foyer de la fracture de pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané ?

Mais si l'absence de l'ecchymose, même après une chute récente sur l'épaule, n'autorise point à nier l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, à plus forte raison l'absence de ce symptôme au bout de trente-huit jours ne saurait-elle permettre une pareille conclusion ; en effet, l'ecchymose est un phénomène essentiellement temporaire; et, en supposant qu'elle eût existé primitivement, trente-huit jours sur un sujet jeune ne sont-ils pas plus que suffisants pour faire résorber le sang infiltré dans le tissu cellulaire ?

L'absence de difformité et d'engorgement au bout de trente-huit jours n'autorisent pas plus que l'absence d'ecchymose à conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a point existé : en effet, 1° il ne saurait y avoir de difformité à la suite d'une fracture qui n'a donné lieu à aucun déplacement; 2° quant à l'engorgement, il est aujourd'hui bien avéré que, lorsque les fragments d'une fracture sont restés en contact, le périoste qui les avoisine n'est le siége d'aucun épaississement, d'aucune induration, en un mot d'aucune saillie appréciable et capable surtout de révéler à travers les parties molles l'existence de la solution de continuité.

Telles sont, messieurs, les réponses que votre commission vous propose de faire aux diverses questions posées par M. le docteur Demeaux.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 15 *septembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

M. le président annonce que M. le professeur Bertini, de Turin, assiste à la séance.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion de cette lecture :

M. Marjolin. Dans la dernière séance, notre honorable collègue M. Michon est entré dans quelques détails de médecine vétérinaire qui peuvent aider à élucider certains points d'une question encore en litige. Comme dans ces circonstances il est bon de rassembler le plus de faits possible, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous communiquer un cas d'atrophie des testicules chez un che-

val; ce fait a donné lieu à un débat judiciaire dans lequel plusieurs vétérinaires distingués furent appelés à émettre leur avis.

Voici l'analyse du rapport fait par M. Bouley jeune. (Cette observation et le rapport sont consignés dans le tome Ier, 1832, du *Recueil de médecine vétérinaire pratique.*)

La question est ainsi posée :

Un cheval chez lequel les testicules n'ont acquis que le cinquième environ de leur développement normal, vendu et garanti cheval entier, doit-il être considéré comme tel ? (Résolution négative.)

Un cheval avait été vendu 1,124 fr. et garanti entier. Comme ses testicules n'étaient point apparents, l'acheteur crut que le cheval était hongre et le refusa. M. Bouley, appelé comme arbitre pour déterminer si le cheval était entier, remarqua qu'il n'existait à l'extérieur aucune apparence de testicules, et que le scrotum n'offrait aucune cicatrice. La main droite introduite dans le rectum et dirigée vers les anneaux inguinaux, ne fit pas reconnaître la présence des testicules dans l'abdomen. Les parties supérieures et latérales du fourreau ayant été examinées, il fut reconnu que l'animal portait, du côté droit, à l'extrémité d'un cordon très court, un testicule du volume d'un petit œuf de poule, que la même disposition existait à gauche et que le testicule était encore moins développé.

Dans un premier rapport, M. Bouley répondit qu'il résultait de son examen que le cheval portait deux testicules, et qu'il n'était point hongre ; mais, attendu que les testicules n'avaient acquis que le cinquième environ de leur développement normal, qu'ils étaient atrophiés, ils ne pouvaient par conséquent remplir qu'imparfaitement leurs fonctions. En conséquence, le marché devait être annulé. Appel ayant été fait de cette décision, une commission composée de MM. Yvard, Huzard fils, Vatel et Blandin examina de nouveau l'affaire, et les conclusions furent en tout semblables à celles de M. Bouley, qui pensait qu'un cheval semblable ne pouvait être employé à la reproduction.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés à la Société de chirurgie, l'une par le professeur Guthrie,

l'autre par sir Benjamin Brodie, à l'occasion de leur récente nomination d'associés étrangers.

M. le docteur Richet, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre titulaire. Cette lettre est accompagnée d'un travail manuscrit.

M. le docteur Lucas Championnière adresse le numéro de septembre 1852 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. le docteur Mavel, d'Ambert, adresse une observation de dystocie causée par une inversion du vagin.

M. Danyau est chargé de rendre compte de ce dernier travail.

M. le docteur Nivet, de Clermont, adresse à la Société une note sur les goîtres estivals épidémiques et variqueux observés dans le département du Puy-de-Dôme.

M. Deguise fils est chargé d'en rendre compte.

M. Danyau informe la Société que M. Cullerier étant malade depuis quelque temps, il lui est impossible de prendre part à ses travaux.

M. le président désigne MM. Michon, Danyau et Gosselin pour se rendre, au nom de la Société, près de M. Cullerier.

Développement anormal du frein de la lèvre avec fissure médiane.

M. Lionnet, de Corbeil, membre correspondant de la Société, présente une jeune fille de dix ans, chez laquelle il y a, outre un développement anormal du frein de la lèvre, une fissure médiane qui, pendant l'hiver, se convertit en une fissure très douloureuse. Le bourrelet muqueux n'est pas très prononcé.

M. Lionnet désire avoir l'avis de la Société sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Son opinion serait d'enlever une portion du bourrelet muqueux et ensuite de refouler la lèvre en dedans.

M. Forget. J'attribue la persistance des fissures labiales au vice de conformation de la lèvre qui, renversée en dehors, a sa face muqueuse constamment au contact de l'air et des corps extérieurs. Pour remédier à ce vice de conformation, je conseillerai de pratiquer une excision de la bride et d'en emporter un lambeau triangulaire assez considérable pour qu'après la cicatrisation la difformité ne se reproduise plus.

M. Guersant dit qu'il ne trouve pas chez l'enfant les caractères

d'une constitution lymphatique. Si M. Lionnet a recours à une excision, il devra la faire très largement.

Tumeur de la fosse iliaque droite causée par un calcul rénal.

M. Giraldès lit un rapport sur la candidature de M. Prescott-Gardner Hewett, adjoint à l'hôpital de Saint-Georges, etc.

Un chirurgien distingué des hôpitaux de Londres, M. Prescott-Gardner Hewett, sollicite l'honneur d'être inscrit au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie. A l'occasion de sa demande, il vous adresse une observation d'anatomie pathologique très rare, peut-être même unique dans les annales de l'art.

Avant de vous faire connaître cette observation, permettez-moi de vous rappeler que les différents travaux qui accompagnent les demandes du titre de membre correspondant ne doivent être que l'occasion de vous faire connaître et apprécier les titres scientifiques et la position chirurgicale des postulants. Ce ne sont pas des titres absolus à vos suffrages. Quelle que soit la valeur de ces travaux, la Société de chirurgie a le droit d'être sévère dans ses choix; elle ne doit accorder le diplôme de membre correspondant qu'à des chirurgiens connus par leurs travaux ou par leur position chirurgicale.

L'observation qui vous est adressée par M. Hewett a trait à une tumeur de la fosse iliaque droite, formée par un calcul logé dans le bassinet du rein droit. Je traduis cette observation.

Dans le mois de février 1847, dit M. Hewett, j'ai été appelé pour faire l'ouverture du corps d'une dame âgée de soixante-seize ans, morte à la suite d'accidents cérébraux après quelques jours de maladie.

Avant de procéder à l'autopsie, le médecin de la malade appela mon attention sur une tumeur volumineuse située dans la fosse iliaque droite. La maigreur du cadavre permettait d'en bien constater le volume et la forme régulière.

Cette tumeur avait le volume du poing; elle était dure, et remplissait la fosse droite en se prolongeant en haut vers la colonne vertébrale; en dedans, vers la cavité pelvienne, où elle semblait continue.

Sur ce fait j'ai recueilli les renseignements suivants: La malade

était sujette à des constipations. Il y a quatre à cinq ans, en explorant l'abdomen à la suite d'un de ces accidents, on découvrit dans la fosse iliaque droite une tumeur dure. Comme la malade ne s'en plaignait pas, on supposa qu'elle était produite par des matières fécales accumulées dans le cœcum. Des purgatifs ont été administrés; la malade rendit beaucoup de matières, et à la suite de cette évacuation la tumeur sembla diminuer de volume; on ne s'en occupa plus, surtout en raison de la répugnance qu'avait la malade à se laisser explorer. Plus tard on la retrouva une ou deux fois dans la même région, à la suite des constipations.

Depuis cette époque il n'en fut plus question. Quelques années avant sa mort, la malade avait rendu des urines sanguinolentes chargées de mucus et alcalines; elle ne s'est jamais plainte d'accidents du côté de la vessie, elle parlait seulement de douleurs qui avaient leur siége dans la région des reins.

Voici ce que nous trouvons à l'autopsie :

Le cœcum, distendu, est repoussé dans la région hypogastrique. On constate que la tumeur dont il vient d'être question est formée par le rein droit descendu dans la fosse iliaque, et dont le bassinet est distendu par un calcul volumineux; la substance est atrophiée. Le bassinet, distendu par le corps étranger, recouvre l'uretère replié sous lui. Le calcul a une forme globuleuse lisse; il est formé par de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque. Deux petits calculs sont logés également dans le bassinet.

La vessie est mince; ses parois sont saines; sa membrane muqueuse offre quelques plaques congestionnées. Le rein du côté opposé est plus petit; sa substance est atrophiée et granuleuse. Les poumons sains. Le cœur est mou, atrophié. Les artères coronaires sont incrustées d'un dépôt calcaire. Les valvules sont saines. L'aorte offre beaucoup de plaques stéatomateuses. Les tuniques artérielles se détachent facilement les unes des autres. La portion horizontale de la crosse de l'aorte est le siége d'un anévrisme disséquant, assez volumineux et de date récente.

Le cerveau est mou; il présente l'atrophie de quelques circonvolutions dont les intervalles sont remplis par un fluide séreux. Les membranes enveloppantes sont épaissies. Néanmoins la substance du cerveau n'est pas congestionnée, et ses ventricules ne

contiennent point de liquide. Les artères de la base sont incrustées de matière stéatomateuse.

Cette observation, messieurs, est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle montre l'existence d'une variété nouvelle, très rare, j'en conviens, de tumeur de la fosse iliaque, et dont il faut tenir compte dans le cas d'un diagnostic difficile et complexe.

Supposez que le rein déplacé, distendu par un calcul, se trouve dans une région siége d'une grande variété de tumeurs, qu'il s'enflamme, ou qu'un uretère et un bassinet distendus par l'urine donnent lieu à une tumeur compliquée d'accidents, et il ne sera pas difficile d'imaginer l'embarras du chirurgien;

Qu'une tumeur de cette espèce soit observée par un chirurgien aventureux qui regarde une opération chirurgicale comme devant être toujours l'*ultima ratio* de la chirurgie, on verrait alors se renouveler des tentatives hasardées dont la science moderne a enregistré plus d'un exemple.

J'arrive à une partie plus importante de mon rapport; je désire vous faire connaître: 1° les travaux publiés par l'auteur de cette observation; 2° sa position scientifique.

Travaux. — M. Prescott a publié dans les *Collections de la Société médico-chirurgicale de Londres* les mémoires et observations suivants:

1° Un mémoire important sur l'étranglement des hernies par une anse épiploïque (*Medic.-ch.*, 2, vol. XXVII);

2° Un mémoire sur les épanchements de sang dans la cavité arachnoïde avec formation d'une nouvelle membrane (vol. XXVIII);

3° Observation d'anévrisme (vol. XXIX);

4° Deux observations d'encéphaloïde du cœur (vol. XXX);

5° Observations pour éclairer le diagnostic des productions morbides de la mâchoire supérieure (vol. XXXIV);

6° Dissection d'un anévrisme de l'artère poplitée traité par la compression (vol. XXXIV).

Dans les *Transactions de la Société pathologique*, M. Hewett a publié:

1° Observations de rupture du cœur à la suite de lésions traumatiques;

2° Observations de rupture de la vessie par cause traumatique.

Position chirurgicale. — M. Prescott Hewett occupe la place importante de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges à Londres, un des hôpitaux les plus renommés de cette capitale.

Ce chirurgien est chargé de l'enseignement de l'anatomie à l'école de médecine du même hôpital.

Nous vous proposons de nommer M. Prescott Gardner Hewett, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges et professeur d'anatomie à l'école de médecine de cet hôpital, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées, M. Prescott Hewett est nommé membre correspondant.

Sur la possibilité de la réduction de la luxation de l'humérus et du fémur avec fracture.

M. Richet a la parole pour la lecture d'un mémoire sur la possibilité de réduire la luxation de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de ces os.

MM. Chassaignac, Laborie, Gosselin devront examiner ce travail et faire un rapport.

De la brûlure.

M. le professeur Gerdy communique sur la brûlure un travail encore inédit, dont voici une courte analyse :

Après avoir défini la brûlure comme étant un ensemble de lésions ou d'affections diverses produites par la chaleur ou le calorique, ou par des caustiques et des vésicants, M. Gerdy passe à l'étude des causes nombreuses qui déterminent ces accidents, et examine quelle est l'influence de ces diverses causes au point de vue de la gravité. En traitant des effets de la brûlure, l'auteur de ce travail a cherché si on ne pourrait pas les étudier d'une manière plus précise sans tomber dans une nomenclature aussi minutieuse que celle que Dupuytren avait adoptée; Boyer, suivant lui, avait établi une classification préférable en ne comptant que trois degrés. Ce qui semble avoir été un peu trop négligé par les auteurs, c'est de considérer la brûlure au point de vue de son étendue; ce point étant d'une grande importance pour le pronostic, M. Gerdy a établi pour l'étendue de la brûlure trois degrés :

1° Brûlure érythémateuse de la peau, rubéfaction ;

2° Brûlure étendue;

3° Brûlure immense.

En profondeur, nous retrouvons également trois degrés :

1° L'érythème;

2° Brûlure avec vésication;

3° Brûlure avec eschare ou escarification.

En étudiant les divers degrés de la brûlure, soit en surface, soit en profondeur, M. Gerdy a retracé avec beaucoup de soin les causes, la marche, les effets de chacun de ces divers états et tous les accidents locaux ou généraux, primitifs ou consécutifs qui les accompagnent.

Le diagnostic, si facile qu'il soit en apparence, présente encore des difficultés, car il n'est pas toujours bien aisé de déterminer ce degré de brûlure.

Le traitement a donné à M. Gerdy l'occasion de passer en revue plusieurs méthodes générales souvent préconisées, et ce paragraphe, qui comprend la brûlure dans tous ses états, dans toutes ses périodes, renferme de nombreux préceptes de pratique.

M. Gerdy a terminé sa lecture par un aperçu historique dans lequel il a passé en revue tous les auteurs qui s'étaient occupés de ce sujet depuis Galien jusqu'à nos jours. Dans cette dernière partie de son travail, il a fait ressortir la part que M. Hervez de Chégoin avait prise tout récemment dans l'étude de cette partie de la pathologie externe.

Tumeur fongueuse de nature cancéreuse.

M. Demarquay présente une tumeur fongueuse de nature cancéreuse qu'il a enlevée ce matin sur une malade de son service; la tumeur occupait la cloison recto-vaginale. M. Demarquay donnera à la Société le complément de cette observation.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 22 *septembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Luxation de l'humérus.

M. Chassaignac, à l'occasion du procès-verbal, communique à la Société une observation de luxation de l'humérus réduite au cinquante-sixième jour par le procédé du talon.

M. R..., ingénieur des ponts et chaussées, fait le 8 juillet 1852 une chute sur le bras étendu pour atteindre une personne qui fuyait.

La luxation était sous-coracoïdienne.

Une tentative de réduction eut lieu le jour même de l'accident. On pensa qu'elle avait abouti, de sorte que ce ne fut qu'au cinquante et unième jour de l'accident qu'on reconnut à n'en pas douter que la tête de l'humérus était toujours luxée. Le fait fut constaté par plusieurs chirurgiens très distingués et placés à la tête de services de chirurgie dans un grand hôpital.

Ces honorables confrères eurent recours au chloroforme et à l'emploi des moufles jusqu'à ce que l'aiguille du dynamomètre marqua dans trois tentatives différentes 90, puis 100, puis 140 kilogr. Après quoi, le bras étant toujours luxé, le malade nous fut adressé par l'un d'eux.

A l'examen du membre luxé, nous constatons l'existence de la luxation sous-coracoïdienne du côté gauche avec cette particularité que le coude s'éloigne beaucoup moins du thorax que cela n'a lieu dans la luxation récente. De plus, le membre est considérablement tuméfié, surtout aux environs du coude, et excessivement douloureux. Dans les vingt-quatre heures qui précèdent la nouvelle tentative de réduction, un bandage compressif bien appliqué est placé sur le membre.

Le 1er septembre, cinquante-sixième jour après l'accident, nous procédons à la réduction de la manière suivante :

Le malade est couché tout à fait horizontalement sur une table

peu élevée. Il est soumis à l'inhalation du chloroforme jusqu'à la période caractérisée par ce que nous appelons l'état cadavérique des paupières. Des lacs mouillés sont appliqués sur la partie inférieure du bras et sur le poignet.

On fait alors exécuter au membre, converti par la flexion de l'avant-bras en une espèce de levier coudé, des mouvements de rotation en dedans et en dehors dans une très grande étendue. Pendant ces mouvements, on perçoit d'une manière bien nette des craquements qui paraissent indiquer la rupture des adhérences.

C'est après ces manœuvres préparatoires que le procédé du talon est appliqué. Une première et une seconde tentative échouent ; à la troisième, la tête de l'os rentre dans la cavité glénoïde et le membre reprend sa conformation normale.

Une fois la réduction obtenue, on place un coussin dans l'aisselle et on assure l'immobilité du membre au moyen d'un appareil à fracture de la clavicule.

La douleur et la tuméfaction furent combattues les jours suivants par des ventouses scarifiées placées au nombre de plus de 40 en quinze jours.

On insiste auprès du malade pour qu'il reste un mois à cinq semaines avant de se servir de son bras. Quand en pareille circonstance les mouvements sont repris prématurément, la capsule devient très vaste et les mouvements du membre perdent de leur *précision.*

Quoique les tentatives faites avec les poulies fussent restées sans succès, elles ont peut-être préparé le résultat définitif de l'emploi du talon. C'est là du moins ce qu'on a cru pouvoir déduire de la facilité avec laquelle se déchiraient les adhérences au moment des manœuvres rotatoires imprimées à l'articulation. On est, en effet, obligé d'admettre ou bien que des adhérences de cinquante-cinq jours d'origine n'offrent presque aucune résistance quand la résolution musculaire est complète, ou bien que, les premières adhérences ayant été rompues au cinquante-cinquième jour, celles qui cédaient si facilement au cinquante-sixième étaient de formation tout à fait récente. Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable.

— M. Danyau, au nom de la commission nommée pour aller visiter M. Cullerier, annonce que l'état de la santé de cet honora-

ble membre de la Société ne lui permet pas encore d'assister aux séances. Un congé est accordé à M. Cullerier.

— M. le président annonce que M. le professeur Alquié, de Montpellier, assiste à la séance.

Présentation de malades.

M. Demarquay présente à la Société un malade de son service affecté d'anévrisme poplité. Il donnera plus tard à la Société tous les détails nécessaires sur cette observation.

— M. le professeur Gerdy présente un malade chez lequel il a enlevé une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire; le plancher et le bord antérieur et inférieur de l'orbite gauche étaient détruits, ainsi que le nerf sous-orbitaire; néanmoins la sensibilité à la douleur, aux piqûres persiste dans toute la joue. Dans certains points peut-être elle est un peu altérée, affaiblie ou moins précise, mais nulle part elle n'est entièrement paralysée. Les membres de la Société qui ont examiné ce malade reconnaissent sans contestation la persistance de la sensibilité dans la joue gauche. (Cet homme, chez lequel la maladie a récidivé, est celui dont M. Gosselin parlait dans une des dernières séances.)

— M. Marjolin. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de vingt-quatre ans, affecté d'une tumeur blanche du genou datant de cinq ans. Ce jeune homme habite un pays humide dans les environs du Havre. Sa constitution, comme vous le voyez, est loin de sembler affaiblie; il n'a jamais eu aucune affection rhumatismale ou vénérienne, ni aucun engorgement scrofuleux. Il y a environ cinq ans, sans aucune cause appréciable, il sentit un craquement dans le genou droit. A dater de ce moment, l'articulation devint douloureuse, se tuméfia, et force fut au malade d'interrompre pendant quelque temps ses travaux. Du repos, quelques sangsues sur le genou et l'emploi de cataplasmes émollients constituèrent tout le traitement. A aucune époque il n'a été fait usage soit de vésicatoires, de moxas ou de raies de feu. Lorsque le malade reprit ses occupations, l'articulation du genou avait perdu sa mobilité, la jambe était étendue sur la cuisse; cependant, malgré cette infirmité, il marchait et pouvait se livrer à tous les travaux de l'agriculture sans éprouver beaucoup de douleurs. Malgré la déformation considérable de l'articulation et l'hypertro-

phie bien manifeste des parties molles ou osseuses, les symptômes inflammatoires ont passé en quelque sorte d'une manière inaperçue. Rarement le malade a interrompu ses travaux. Mais depuis cinq mois il s'est manifesté une nouvelle complication. A la suite d'une course un peu longue, la jambe a commencé à se fléchir sur la cuisse, et l'articulation est devenue un peu sensible. Cette nouvelle position du membre gêne beaucoup le malade, qui ne peut plus marcher autrement qu'avec une béquille. Dans cette circonstance, je demanderais à ceux de nos collègues qui voudront bien examiner le malade quelle marche il faut suivre. Vaut-il mieux, dans l'état actuel, qui paraît peu inflammatoire, procéder lentement, graduellement à l'extension du membre, ou le ramener brusquement à sa rectitude normale par les moyens en usage aujourd'hui?

M. Roux. Je crois que notre confrère doit, dans ce cas, suivre franchement son impulsion, en ayant le soin d'observer attentivement les complications qui surviendraient pour les combattre.

M. Gerdy. Il arrive souvent que les tumeurs blanches qui guérissent se terminent par l'ankylose de l'articulation affectée; mais j'ajouterai que le plus habituellement ce ne sont pas de véritables ankyloses, ce sont des ankyloses incomplètes. Si actuellement le genou malade n'est pas le siége d'une inflammation trop vive, il faut le redresser. J'ai souvent, de cette manière, obtenu de bons résultats. Avant tout, ce qu'il faut éviter, c'est de laisser l'articulation prendre une forme gênante pour le malade.

Avant d'en venir à un parti extrême, il faut employer tous les moyens; et à ce sujet je rapporterai le fait suivant:

Un malade avait été amputé d'un membre pour une tumeur blanche; au bout de peu de temps une autre tumeur blanche se manifesta au coude; des abcès survinrent, puis des hémorrhagies. L'épuisement était extrême; une seule chance restait, l'amputation; je la proposai timidement au malade, qui s'y refusa et sortit de l'hôpital. J'ignore ce qui fut fait depuis; mais deux ans après je fus très étonné de retrouver mon malade à la Charité, ayant conservé son coude.

Lorsque les articulations ne sont déformées que par la rétraction des tissus fibreux, il arrive souvent qu'elles reprennent leur forme normale lorsque cette rétraction a cédé par suite de l'emploi de

l'extension ou des antiphlogistiques. Cette rétraction cède avec autant de promptitude qu'elle se produit. Cela se voit souvent pour l'articulation de la mâchoire. Les paupières, dans leur occlusion, présentent un phénomène analogue.

M. Robert. Je partage entièrement l'avis de M. Gerdy sur les avantages que l'on peut retirer de l'extension. Je crois que c'est un moyen dont on use trop peu. J'ai vu chez deux femmes la flexion de la cuisse tellement prononcée que le talon touchait la tubérosité de l'ischion; je priai notre honorable confrère M. Bouvier de venir dans mon service, et pendant que les malades étaient chloroformées on procéda à l'extension : les douleurs cessèrent de suite.

Tout récemment encore j'ai vu un homme dont la jambe était fortement fléchie sur la cuisse; il y avait de la douleur; l'extension fut pratiquée avec succès.

Il me semble que la chirurgie devrait agir avec plus de hardiesse dans ces cas; car on ne peut pas se dissimuler que quelquefois des manœuvres faites par des gens inexpérimentés n'ont été suivies d'aucun accident.

M. Deguise fils. Je crois que M. Robert a été trop loin en accordant que souvent ces manœuvres sont innocentes. Loin de là, plusieurs fois j'ai été à même de constater des accidents tellement graves, qu'il a fallu recourir à l'amputation. Au nombre des faits dont j'ai été témoin, je pourrais citer le fils de l'économe de la maison de Charenton. Comme beaucoup de personnes, la mère, lassée de voir une maladie se prolonger, alla consulter une personne étrangère à la médecine, qui fit si bien, qu'il fallut peu de temps après amputer le pied.

M. Guersant. Je partage aussi l'opinion de plusieurs de nos collègues sur l'opportunité de l'extension en se servant du chloroforme; et si plus tard des accidents survenaient, il ne faudrait pas hésiter à employer une méthode énergique.

M. Marjolin. Tout en remerciant ceux de nos collègues qui ont bien voulu, dans ce cas, m'aider de leurs conseils, je dirai que la plupart des réponses me laissent encore dans le doute. L'affection dont il s'agit est une affection complexe; non-seulement les os qui concourent à former l'articulation sont malades, mais il semble qu'il existe à la partie interne de l'articulation un corps étranger assez mobile. Mon but en consultant la Société était de savoir

quelle était, dans cette circonstance, la méthode la plus avantageuse, ou de l'extension lente, ou de l'extension brusque, comme on l'a proposée dans ces derniers temps? Je suis étonné qu'on ait sitôt perdu de vue les accidents immédiats qui ont accompagné les premières tentatives d'extension brusque faites à une autre époque. Pour ma part, j'ai toujours cru que l'extension lente graduée était préférable. C'était sur ce point de la question que je désirerais avoir un avis bien précis.

Quant aux guérisons des tumeurs blanches en général, avant de se prononcer sur leur validité, il faut laisser écouler un laps de temps assez considérable, autrement on risque de commettre une erreur. Tout récemment encore, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai eu occasion de pratiquer avec succès deux amputations de cuisse pour des tumeurs blanches datant de plusieurs années et qu'on croyait guéries. Dans un cas où il existait une flexion très prononcée de la jambe sur la cuisse, j'étais parvenu, à force de soins, à rendre au membre sa rectitude naturelle. Dans les derniers temps, un appareil dextriné avait été appliqué, et je croyais avoir atteint ce but, lorsque tout d'un coup des accidents se manifestèrent sans cause connue, des abcès survinrent; en vain j'essayai, en désespoir de cause, les injections d'iode; je dus, pour sauver le malade, recourir à l'amputation.

A l'examen du membre, je reconnus que jamais il n'avait pu exister de véritable guérison; les désordres de toute nature étaient trop considérables; j'avais été témoin d'une période de répit, et rien de plus.

Aussi, en terminant, je crois qu'il serait à désirer 1° que l'on voulût bien s'expliquer sur la nature des affections articulaires qui avaient nécessité l'extension; 2° faire connaître quelle avait été la durée réelle de la guérison.

Pour ma part, je ne connais qu'un cas bien réel de guérison de tumeur blanche du genou, qui a eu lieu après une extension lente. C'était chez une jeune fille placée dans le service de mon père, à Beaujon; il y a de cela actuellement vingt ans, et la malade jouit d'une bonne santé.

Suite de la lecture du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. le professeur Roux

s'est attaché particulièrement à mettre en relief un des accidents qui compliquent le plus souvent la ligature des artères, les hémorrhagies consécutives. Cet accident peut dépendre de la nature de l'opération et de la manière dont elle a été pratiquée, ou même du procédé mis en usage.

Mais avant tout il faut bien distinguer le siége des hémorrhagies ; ainsi les unes s'observent au lieu même de la ligature, les autres dans un point plus ou moins éloigné.

Pour bien saisir les principales différences qui existent entre les hémorrhagies consécutives, il faut tenir compte de toutes les circonstances qui se rattachent à la ligature.

C'est dans l'application de la méthode de Hunter qu'on est le plus à même de juger la valeur des procédés. Quant aux hémorrhagies consécutives, et malgré le grand nombre d'expériences faites sur des animaux et le nombre considérable d'observations cliniques, les chirurgiens sont encore très divisés d'opinion.

M. Roux n'ajoute pas une très grande confiance aux expériences faites sur les animaux vivants.

Il se plaint de ce qu'on manque encore aujourd'hui d'éléments pour traiter la question. Le jour où l'on aura sous les yeux un nombre suffisant de faits pour les comparer, on aura un des éléments les plus précieux pour fixer la science sur ce sujet.

M. Roux apporte un contingent considérable, et toutes ses observations ont un caractère d'unité bien précieux pour établir une statistique. Depuis 1814, où il fit sa première opération par la méthode de Hunter, il n'a jamais dévié de cette voie; constamment il a suivi le procédé de Scarpa.

Malgré les nombreuses occasions qui se sont offertes dans sa pratique, il n'a pas voulu essayer les autres méthodes pour connaître leur valeur respective; il a repoussé constamment la ligature avec un fil unique.

Si M. Roux eût partagé en trois ou quatre séries le nombre de ses opérations, son résultat n'aurait pas la même importance. Ce n'est pas de prime abord qu'il s'est pris d'une prédilection exclusive pour cette méthode, c'est par degrés qu'il a été conduit à persister dans une voie marquée par plusieurs succès obtenus par Boyer, et ces succès contribuèrent à vulgariser la méthode de Hunter et de Scarpa.

Il n'est pas ennemi du progrès; mais il a peine à abandonner ce qu'il croit être bon. Son exemple nous apprend à être réservés dans les changements.

Relativement aux hémorrhagies ayant leur source au lieu même où l'artère a été liée, M. Roux a eu aussi des insuccès. Sur le nombre de 66 cas opérés par le procédé de Scarpa dans la méthode de Hunter, il faut défalquer un certain nombre de cas, dans lesquels le sphacèle ou d'autres accidents n'ont pas permis d'observer complétement l'effet des ligatures sur l'artère elle-même; déduction faite de ces cas, il en reste encore 57, sur lesquels le séjour de la ligature a été assez prolongé pour qu'on pût bien en connaître les avantages ou les inconvénients. Six seulement ont eu des hémorrhagies consécutives. Cinq fois l'hémorrhagie seule a compromis la vie des malades; une fois seulement elle a coïncidé avec d'autres accidents graves. Un seul malade a survécu à ces hémorrhagies. Chez lui la ligature était tombée le vingt-deuxième jour, et l'hémorrhagie eut lieu le trente-quatrième.

Y aurait-il plus d'avantages à pratiquer autrement la méthode de Hunter? C'est une question que pose M. Roux. Il a apporté son contingent; il veut que les autres chirurgiens en fassent autant; car on n'arrivera à la solution de cette question que par l'examen d'un grand nombre de faits.

Comme complément de son travail, M. Roux a donné quelques-unes des observations qui lui sont propres.

La première dont il a fait mention est une observation bien importante. Il s'agit d'un anévrisme inguinal qui a donné lieu à une erreur de diagnostic.

Ce fut à l'hôpital du Midi, en 1816, que le fait fut observé. Cullerier, qui était alors à la tête du service chirurgical, observa la maladie sur une femme de cinquante-sept ans. La tumeur, qui était mal circonscrite, était située dans la région inguinale droite. Les renseignements qui furent donnés par la malade étaient nuls; l'inflammation qui avait envahi depuis peu les téguments contribua à favoriser l'erreur. Le mal ayant fait quelques progrès, une fluctuation sourde s'étant manifestée au centre de la tumeur, il fit une ponction avec un bistouri étroit. Après quelques cuillerées de pus, du sang artériel mêlé de caillots s'échappa. Sur-le-champ la compression fut faite, et Cullerier, ne voulant pas dans ce cas s'en

rapporter à ses propres lumières, envoya de suite quérir Boyer à la Charité. M. Roux l'accompagna.

Lorsqu'ils arrivèrent, l'hémorrhagie était arrêtée par l'appareil. Faute de comprimer l'aorte, on comprima l'iliaque. La tumeur avait repris son volume. Le seul parti à prendre pour sortir de toute incertitude, c'était d'agrandir la plaie. Ceci fait, on reconnut qu'on était dans un sac anévrismal. On débarrassa les caillots, et alors on vit au fond le sang artériel arriver; mais il était impossible de pouvoir préciser le point qui lui donnait passage. La malade était dans des conditions générales très fâcheuses, et on ne pouvait se dissimuler que, quelque parti qu'on prît, il n'y eût de grandes chances d'insuccès.

M. Roux nous donne ici le récit de la consultation qui eut lieu. Son avis était de lier l'artère iliaque externe; il se fondait sur ce qu'il avait observé en Angleterre. Cullerier et Boyer fermèrent l'oreille à sa proposition, ainsi qu'à la proposition d'agir suivant l'idée de Scarpa, en profitant de l'ouverture faite au sac pour engager deux ligatures sous l'artère malade, et s'en servir pour l'embrasser au-dessus et au-dessous de l'ouverture de communication. Boyer, dans cette mémorable circonstance, crut qu'il fallait se contenter d'arrêter le cours du sang dans l'artère par une compression forte et soutenue. En conséquence, un tamponnement méthodique, fait avec de petits disques d'agaric et des boulettes de charpie, fut exercé sur le fond de la poche anévrismale, de façon toutefois à agir principalement sur l'artère crurale. Le tout fut maintenu à l'aide d'un spica. Cette opération, qui avait été faite en désespoir de cause, mais dont les suites furent surveillées avec la plus grande sollicitude, fut suivie d'un succès inespéré.

L'appareil ne fut levé que le vingtième jour; tout l'intérieur du sac était en pleine suppuration. Ce ne fut que lentement que la plaie entra dans la voie de la cicatrisation. Au bout de la dixième semaine la guérison était complète. Cette malade, étant sortie de l'hôpital, cessa d'être soumise à une observation régulière, et a même été entièrement perdue de vue.

Après ce fait si remarquable et si instructif sous tous les rapports, M. le professeur Roux a cité la première de ses opérations faite suivant la méthode ancienne. C'était en 1808; à cette époque il était encore à l'hôpital Beaujon, lorsqu'on lui adressa le nommé

Charles Grelet, cordonnier, et caporal de sapeurs pompiers, comme atteint d'anévrisme poplité. Depuis quelque temps le membre était devenu œdématié; le malade y éprouvait des crampes douloureuses ou de l'engourdissement. Bien que M. Roux eût, comme il le dit, un penchant bien prononcé pour la méthode de Hunter, il se décida pour le procédé le plus généralement adopté en France, l'opération par l'ouverture du sac.

Il craignit de heurter l'opinion générale. Deschamps, Boyer, Dupuytren assistaient à cette opération. Tout étant disposé, le malade couché sur le ventre, l'artère crurale étant comprimée à l'aide d'un tourniquet, la tumeur fut mise à nu dans l'étendue de vingt centimètres ; le nerf sciatique, qui était déjà un peu aplati, fut soulevé et écarté vers le bord externe. M. Roux insiste sur cette précaution, ainsi que sur la nécessité d'inciser largement les parties molles et le sac, pour rendre l'opération moins pénible. Aussitôt le sac ouvert, une grande quantité de sang et de caillots s'échappa ; au fond de la plaie existait une ouverture frangée qui était le point de communication de l'artère avec le sac. Une sonde de femme fut introduite pour faciliter la ligature, et deux ligatures rubanées furent successivement portées au-dessus et au-dessous à l'aide de l'aiguille de Deschamps. Les deux ligatures d'attente au-dessus et au-dessous ne furent pas serrées. Toutes les précautions convenables furent ensuite prises pour assurer le succès de l'opération. Tout se passa pour le mieux. La ligature supérieure tomba le onzième jour, et la ligature inférieure le treizième; quelques jours après, les ligatures d'attente furent retirées. La cicatrisation était complète le soixantième jour. Pendant quelque temps, il resta encore un peu de roideur dans le genou ; mais au bout de quelques mois, le malade put reprendre ses occupations et son service habituels.

C'est à l'occasion de cette observation d'anévrisme poplité guéri par l'emploi de la méthode ancienne que M. Roux fait ressortir tous les avantages de la méthode d'Anel, tirée de l'oubli à la même époque par Hunter et Desault.

Vient ensuite une autre observation d'anévrisme de l'artère crurale traité par la méthode ancienne.

Au mois de mai 1826, le nommé Michel Berthaud, charpentier, entra à la Charité pour un anévrisme de l'artère crurale. Cet

homme, qui connaissait toute la gravité de sa position, avait quitté l'Hôtel-Dieu parce qu'il avait vu Dupuytren, à plusieurs reprises, témoigner à son lit de l'incertitude sur le meilleur parti à suivre. La tumeur était située à la partie supérieure de la cuisse, et devait être très rapprochée de l'origine de l'artère profonde. Cette circonstance rendait le choix des méthodes difficile, car chacune avait ses avantages et ses inconvénients. Tout bien considéré, et d'après l'avis de Boyer, la méthode ancienne fut regardée comme plus favorable dans cette circonstance pour faciliter le rétablissement de la circulation : l'événement vint justifier les prévisions des deux chirurgiens de la Charité.

M. Roux, qui pratiqua cette opération, croit que c'est la dernière de ce genre qui ait été faite à Paris pour un anévrisme spontané ou pour un anévrisme faux consécutif. Il fait remarquer à ce sujet que, tandis que dans le traitement de ces deux sortes d'anévrismes la ligature après l'ouverture du sac est la méthode exceptionnelle, la même opération, légèrement modifiée, est presque la seule applicable à l'anévrisme variqueux et à la varice anévrismale. La compression fut faite, cette fois, par un aide qui se servait d'une pelote ; la tumeur fut incisée couche par couche : toutes les précautions usitées furent suivies. Deux ligatures rubanées furent placées au-dessus et au-dessous, comme dans le cas précédent. Les deux supérieures furent serrées de manière, non pas à étrangler l'artère, mais à l'aplatir sur un petit corps cylindrique ; pour la ligature inférieure, il n'y eut pas d'interposition de corps étranger. La plaie fut ensuite pansée comme une plaie simple, et aucune des précautions nécessaires pour entretenir la chaleur du membre ne fut négligée. Dès la fin de la première semaine, on s'aperçut que le membre pouvait conserver sa chaleur naturelle, ce qui n'empêcha pas de recourir encore aux moyens artificiels. Tout continua à marcher suivant les désirs de l'opérateur : la double ligature supérieure tomba le vingt-quatrième jour., entraînant le petit cylindre sur lequel elle était nouée ; la ligature inférieure était tombée cinq jours plus tôt. La plaie, qui fut pansée le cinquième jour après l'opération, fut lente à se déterger, et il fallut deux mois pour arriver à la cicatrisation parfaite. Lorsque ce malade sortit ensuite de l'hôpital, on sentait d'une manière obscure les battements de la pédieuse ; depuis cette époque, il a été perdu de vue.

Après avoir cité ces trois faits, M. Roux, laissant de côté la méthode ancienne, qui n'est plus employée actuellement en France que pour des cas exceptionnels, examine les autres ressources chirurgicales, en dehors de la méthode de Hunter, dans les diverses sortes d'anévrismes :

L'emploi des réfrigérants dans le but d'amener la coagulation du sang dans le sac anévrismal;

L'amputation, à laquelle Boyer fut obligé de recourir dans un cas de diathèse anévrismale. A cette occasion, M. Roux dit que l'existence simultanée de plusieurs anévrismes n'est pas une contre-indication absolue à l'opération que chacun d'eux peut réclamer.

L'amputation de la cuisse pratiquée pour un sphacèle du membre consécutif à un anévrisme poplité donne à M. Roux l'occasion de combattre l'opinion de Deschamps, à savoir, que dans les cas d'anévrisme les amputations sont rarement heureuses.

Enfin, la compression immédiate est le motif dont M. Roux profite pour communiquer une observation bien intéressante par les conséquences fâcheuses qui suivirent l'emploi de ce moyen. Il s'agissait d'un anévrisme faux consécutif du bras pour lequel on employa la compression sur toute l'étendue du membre.

C'était chez un homme de quarante-cinq ans environ, atteint d'une hypertrophie du cœur ; saigné pour cette affection, il eut l'artère ouverte, et un anévrisme faux consécutif ne tarda pas à se manifester malgré la compression. L'état général du malade, qu'on croyait voir succomber d'un moment à l'autre, fit ajourner la ligature de l'artère brachiale; on se décida pour une simple compression exercée sur tout le membre, à la manière de Theden. Au bout de quinze jours, une première hémorrhagie ayant eu lieu, on appliqua sur le premier bandage un appareil plus serré; de nouvelles hémorrhagies arrivant, on se décida à faire passer le malade dans une salle de chirurgie. Lorsque M. Roux découvrit le membre, il trouva une eschare pénétrant jusqu'au sac. Boyer, qui vit aussi le malade, voulait qu'on pénétrât dans le sac à travers l'eschare ; c'est ce qui fut fait après une première tentative infructueuse de l'opération par la méthode de Hunter, à laquelle Boyer avait consenti. La ligature de l'artère brachiale à la partie moyenne était à peine faite qu'une nouvelle hémorrhagie se manifesta. Que faire ? Recourir au procédé ancien ? C'est ce qui fut fait. Dès lors toute hémor-

rhagie cessa ; la ligature de la brachiale, étant inutile, fut enlevée. Mais ce peu de temps où la constriction avait été opérée suffit pour oblitérer l'artère, comme on put le voir plus tard, lorsque le malade, qui était remonté en médecine guéri au bout de sept semaines de sa double opération, succomba à une affection du cœur. L'artère brachiale était convertie vers le milieu du bras en un cordon fibreux d'un pouce environ d'étendue.

Après quelques réflexions pratiques sur l'ensemble des faits si remarquables qui sont contenus dans cette observation, M. le professeur Roux a terminé la lecture de cet intéressant travail par quelques mots sur l'électro-puncture et la méthode opératoire de Wardrop.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 29 *septembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le président annonce que M. le docteur Liljevalch, médecin du roi de Suède, assiste à la séance.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de remercîments adressée par sir Philip Crampton, nommé membre associé étranger;

D'une lettre de remercîments adressée par le docteur Prescott Hewet, nommé membre correspondant.

M. Larrey communique également une lettre de remercîments adressée par sir George Ballingall, membre associé étranger.

Ces lettres, comme les précédentes, seront déposées dans les archives de la Société.

— M. le docteur Deguise fils annonce que son père, à la suite d'une chute, s'est fracturé les deux os de l'avant-bras.

M. le président prie M. Deguise de vouloir bien témoigner à son père la part que la Société prend à cet accident. Une commission, composée de MM. Huguier, Forget, Deguise fils, est nommée pour se rendre chez M. Deguise.

— M. le professeur ALQUIÉ, de Montpellier, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa lettre est accompagnée d'un mémoire sur un nouveau procédé de chéiloplastie.

MM. Debout, Lenoir, Chassaignac et Laborie sont chargés de faire un rapport.

— Lettre du bureau de la Société météorologique de France annonçant sa fondation.

— M. DEMARQUAY fait hommage à la Société d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate.*

— M. le docteur Compérat adresse un mémoire sur la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil, et son traitement.

M. Larrey est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. DANYAU fait, sur un travail de M. le docteur Mavel, d'Ambert, le rapport suivant, dont les conclusions sont adoptées.

Dystocie causée par une inversion du vagin.

La chute du vagin n'est point un fait rare ; mais dans l'observation suivante elle s'est présentée à un degré tel pendant le travail de l'accouchement, que je cherche vainement son analogue dans les auteurs qui sont à ma disposition : Baudelocque, Mme Lachapelle, MM. Velpeau et Dagès, en parlant de cet accident pendant le travail de l'accouchement, non-seulement ne citent aucun fait semblable, mais par leur silence ils semblent n'en avoir pas même prévu la possibilité.

Le 25 août dernier, à onze heures du soir, je suis appelé à la campagne auprès de Mme Prat, sage-femme, pour l'aider à délivrer la femme Sauvade. Celle-ci est âgée de trente-six ans, mère de quatre enfants. Il y a quatre ans, deux jours après cette couche, elle se leva, monta pour les ranger sur les métiers de son mari, qui est passementier, et y travailla depuis ce jour à faire aller la barre. A cette époque il se montra à la vulve une tumeur qu'elle prit pour la matrice; elle ne consulta cependant point.

Une couche survint il y a deux ans, elle se fit sans accident ; la sage-femme n'aperçut rien d'anormal. Dès ce moment, la tumeur augmenta de volume; elle continua à rentrer pendant la nuit. Il y a neuf mois, une nouvelle grossesse se manifesta ; la tumeur aug-

menta peu à peu de volume, au point de ressembler, pour la grosseur et pour la forme, au corps d'une bouteille. Depuis près d'un mois, elle ne rentrait plus pendant la nuit. La sage-femme m'apprend qu'à son arrivée les douleurs, très actives, ont chassé la tête hors du bassin, mais qu'un renversement vaginal est un obstacle insurmontable à la sortie définitive de l'enfant: cet état dure depuis deux heures.

Au-devant de la vulve, l'on voit une tumeur plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme : c'est la tête de l'enfant complétement dégagée de dessous l'arcade des pubis ; mais coiffée par la muqueuse vaginale ; on aperçoit cette tête à travers une ouverture de 7 centimètres de diamètre; les rebords de cette ouverture ont 1 centimètre d'épaisseur; ils paraissent fibreux et sont complétement inextensibles, malgré les contractions énergiques et réitérées de la matrice. Pendant ces douleurs, la tumeur augmente de volume, mais la tête ne fait point une plus forte saillie à travers l'ouverture vaginale; il s'écoule du méconium. J'applique le forceps avec la plus grande facilité, mais les tractions les plus énergiques ne distendent aucunement l'ouverture vaginale; la tumeur en masse semble se détacher de la vulve : je crains d'opérer une rupture. La sage-femme s'applique à retenir la tumeur, à opérer une espèce de contre-extension, mais c'est en vain; ses deux index, placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, tendent à en opérer la dilatation pendant les tractions que j'opère avec le forceps; tous nos efforts sont inutiles.

En présence d'un fait si nouveau, et vu la presque certitude de la mort de l'enfant, car il était là depuis deux heures, depuis longtemps il s'écoulait du méconium et l'auscultation ne me permettait pas de retrouver les bruits du cœur de l'enfant, la sage-femme me prie d'épargner la mère en pratiquant la crâniotomie; mais après la sortie de la tête, il m'aurait fallu dégager les épaules, ce qui n'eût pas été plus facile. Alors je me décide à pratiquer l'opération césarienne vaginale (cette dénomination convient bien plus, je crois, à cette opération qu'à la section du col utérin). Un commencement d'éraillure en arrière et à gauche me détermine à opérer de ce côté. Au moyen d'un bistouri et d'une sonde cannelée, je fais une incision de 4 centimètres; la malade n'accuse qu'une faible douleur, après quoi je peux, sans peine, terminer l'accouchement de la ma-

nière la plus heureuse pour la mère. L'enfant mort présente un volume ordinaire. La plaie donne peu de sang ; il reste à la vulve un bourrelet énorme que je réduis facilement après avoir opéré la délivrance ; celle-ci n'offre rien d'anormal ; elle vient à la moindre traction. La malade est consignée au lit, avec recommandation expresse de ne pas renouveler les imprudences commises après les couches précédentes.

Le 27, je revois la malade ; elle se trouve très bien ; le pouls bat 80 fois à la minute ; les seins ne sont ni gonflés, ni douloureux ; le ventre est souple. Je retrouve facilement le globe utérin dans l'hypogastre, un peu à droite.

Le toucher me fait reconnaître le col vaginal, que j'incisai, formé comme il l'était au dehors avec les deux lèvres de la division, que j'opérai. Les portions adossées de la muqueuse qui formaient le col, n'ont point repris leur place respective : elles sont soudées ensemble par du tissu cellulaire densifié ; les bords de ce col offrent la même épaisseur qu'au moment de l'accouchement.

Le 4 septembre je vois la malade de nouveau ; je la trouve levée ; elle est sans fièvre ; elle a bon appétit ; elle ne souffre nulle part ; le palper abdominal me fait reconnaître dans l'hypogastre, un peu à droite, le corps utérin du volume des deux poings. Quand la malade fait un effort, il paraît à la vulve, ce qu'elle appelle sa matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le renversement du vagin, mais qui, au toucher, représente assez bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus ; peu après l'accouchement on y retrouve en arrière et à gauche les deux lambeaux provenant de l'incision que je pratiquai pour terminer l'accouchement. Après avoir franchi ce col, mon doigt arrive à quelques centimètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine l'introduction du doigt.

Je conseille encore, mais peut-être inutilement, à la malade le séjour au lit, dans le double but de prévenir des accidents inflammatoires qui pourraient encore survenir, et de prévenir la sortie de l'inversion vaginale, me proposant d'appliquer un pessaire lorsque les suites de couches auront complétement cessé.

Maintenant, est-ce bien une descente de vagin que j'ai observée ? Pour moi, il n'y a pas le moindre doute. A ma visite du 4 septembre, le toucher m'a permis de retrouver le col anormal du vagin

opéré et, au-dessus, le véritable col utérin. Si je me rappelle, d'autre part, que, sur la fin de la grossesse, la tumeur pendait hors de la vulve, du volume d'une bouteille, force est bien d'admettre que ce n'était point une descente de matrice.

Après la rentrée de la tumeur dans le vagin, je croyais voir s'effacer le col que j'avais incisé ; mais il était resté si longtemps au dehors que les frottements avaient dû l'irriter, l'enflammer, lui faire perdre les qualités des muqueuses et procurer l'adhésion des deux portions de la muqueuse adossées.

Comme je vous l'ai dit en commençant, si vous pensez que cette observation présente quelque intérêt, je vous prie de la communiquer à la Société de chirurgie.

Agréez, etc. MAVEL.

Rapport sur un cas de dystocie causée par une inversion du vagin.

L'auteur de cette observation, M. le docteur Mavel (d'Ambert), nous a déjà communiqué un fait intéressant de sa pratique obstétricale, sur lequel la Société m'avait chargé de lui faire un rapport qu'elle a entendu il y a quelques séances. L'observation que nous adresse aujourd'hui notre honorable confrère est plus curieuse encore à cause de son extrême rareté. Le fait n'est cependant pas unique, comme il semble le croire, et votre rapporteur en a observé un presque entièrement semblable à celui qui vient de nous être communiqué.

Voici d'abord le fait de M. Mavel. Plus tard nous donnerons l'analyse du nôtre.

Une femme de trente-six ans, mère de quatre enfants, avait vu apparaître à la vulve, quatre ans auparavant, une tumeur dont la présence était due à l'imprudence qu'elle avait commise de se lever deux jours après son accouchement, et d'aider, en faisant aller la barre, son mari, qui exerce l'état de passementier. Depuis lors, la tumeur, qui rentrait pendant la nuit, reparut chaque fois que la malade se levait. A la longue elle augmenta de volume, et dans la dernière grossesse elle acquit la grosseur et la forme d'un corps de bouteille. Enfin dans le neuvième mois elle cessa de se réduire même dans la situation horizontale.

C'est dans ces conditions que le travail s'était déclaré, et lorsque

M. Mavel arriva auprès de la patiente, le 25 août dernier, il y avait deux heures que, sous l'influence de violentes contractions utérines, la tête de l'enfant avait été expulsée et se trouvait au dehors enveloppée par le vagin, et ne pouvant franchir l'ouverture existant à sa partie inférieure.

Cette ouverture a bien 7 centimètres de diamètre; mais ses bords, épais d'un centimètre, paraissent fibreux et sont complétement inextensibles. Aussi résistent-ils aux contractions utérines les plus énergiques.

M. Mavel essaie de terminer l'accouchement avec le forceps. L'application de l'instrument n'offre aucune difficulté; mais les tractions, faites avec tous les ménagements possibles, pendant que la sage-femme cherche à retenir la tumeur à l'aide de ses deux indicateurs placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, restent absolument sans effet.

M. Mavel se décide alors à débrider cette ouverture. Il fait en arrière et à gauche une incision de 4 centimètres avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée, et termine ensuite l'accouchement sans difficulté. L'enfant, d'un volume ordinaire, avait cessé de vivre. La délivrance opérée, M. Mavel réduisit l'énorme bourrelet qui était au dehors.

Les suites de cet accouchement furent très heureuses, et voici ce qui fut constaté dix jours après : « ... Quand la malade, dit M. » Mavel, fait un effort, il paraît à la vulve ce qu'elle appelle sa » matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le » renversement du vagin; mais qui, au toucher, représente assez » bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus peu après » l'accouchement. On y trouve, en arrière et à gauche, les deux » lambeaux de l'incision pratiquée pour terminer l'accouchement. » Mais après avoir franchi ce col, l'index arrive, à quelques centi» mètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine » l'introduction du doigt. »

M. Mavel se demande si c'est bien une descente du vagin qu'il a observée. Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Nous ne croyons pas non plus qu'il y ait de doute à cet égard. La démonstration eût été toutefois plus complète s'il eût décrit l'état de la cavité séparant ces deux orifices, s'il eût indiqué la facilité que le doigt devait avoir à s'y maintenir; car il n'y aurait pas eu alors, même pour

les esprits les plus difficiles, d'incertitude sur l'existence d'une portion du vagin au-dessus de l'orifice inférieur.

La présence antérieurement à l'accouchement d'une tumeur en dehors des parties génitales est un renseignement précieux dont M. Mavel fait ressortir la valeur, et sur lequel il s'appuie pour repousser l'idée d'un prolapsus de la matrice. Sans ce renseignement, qui le mit sur la voie d'un diagnostic plus exact, notre confrère aurait certainement pu se croire en présence d'un cas semblable à celui dont Portal (*Pratique des accouchements*, obs. X, p. 68) donne la curieuse relation. Cet auteur raconte qu'il fut appelé le 14 janvier 1666 auprès d'une femme au terme de sa grossesse, chez laquelle existait à la vulve une *tumeur prodigieuse de la grosseur d'un ballon*, offrant au milieu de sa partie inférieure une très petite fente qui était l'orifice de l'utérus. *Le corps de la matrice*, dit Portal, *s'était affaissé par le renversement de son col*, ce qui, en se reportant au langage du temps, signifie que la matrice, avec la tête de l'enfant, s'était précipitée au dehors, enveloppée par le vagin renversé. Cette tumeur avait paru la veille, et était survenue après quelques douleurs que la femme *avait souffertes en s'efforçant.* Il y avait bien eu antérieurement à la grossesse une *relaxation de la matrice* que la femme réduisait elle-même avec facilité, mais lorsqu'elle était enceinte, le prolapsus ne s'était plus produit, si ce n'est la veille même de la visite de Portal. L'orifice dont nous avons parlé se laissa assez facilement dilater avec les doigts, et lorsque la voie eut été ainsi préparée, les efforts maternels expulsèrent le fœtus, qui était vivant.

Quel que fût, dans cette observation de Portal, l'organe en prolapsus avant la grossesse, que ce fût le vagin seul ou l'utérus avec le vagin, la réduction s'était maintenue d'elle-même pendant toute la durée de la gestation. Lorsque le déplacement se reproduisit, le travail était à peine commencé, et l'orifice était encore absolument clos. La tumeur se présenta tout de suite avec un volume tel que, le vagin eût-il été renversé d'abord, il était évident que la partie inférieure de l'utérus n'avait pas tardé à suivre avec la tête de l'enfant; en sorte que, dans ce cas, il s'agissait, à n'en pas douter, d'un prolapsus utérin survenu à l'approche ou tout au plus au début même de l'accouchement.

Il en fut tout autrement dans le cas de M. Mavel. Comme dans

celui de Portal, il y avait avant la grossesse un prolapsus habituel ; mais, loin de se réduire et de se maintenir réduite pendant la gestation, la tumeur, après avoir subi pendant les huit premiers mois ses alternatives ordinaires de sortie dans la station et de réduction spontanée dans la situation horizontale, devint, dans les quatre dernières semaines, tout à fait irréductible, offrant une forme allongée, cylindroïde, qui ne rappelait en rien celle de l'utérus gravide incomplétement précipité, mais bien celle du vagin.

Il y a ici une remarque importante à faire. S'il se fût agi d'une inversion simple du conduit vulvo-utérin, les progrès du travail, loin d'augmenter le volume de la tumeur, en auraient graduellement opéré la réduction. L'orifice, une fois franchi, serait remonté au-dessus de la tête, entraînant le vagin, qui se fixe à son pourtour, et l'accouchement n'aurait rien offert ensuite de particulier. C'est ainsi que les choses se passèrent dans un cas que nous eûmes occasion d'observer à la Maternité au mois de mars 1840.

Pourquoi la réduction ne s'opéra-t-elle pas de même dans le cas de M. Mavel ? Pourquoi, sous l'influence des contractions utérines, se développa-t-il au contraire une tumeur beaucoup plus volumineuse formée, non plus seulement par le vagin renversé, mais par la tête du fœtus coiffée des parois de ce canal ? C'est qu'au point le plus déclive de la tumeur, à l'union de la partie renversée avec le reste du conduit, les tissus s'étaient altérés par leur exposition presque continuelle à l'air et le contact des corps extérieurs ; qu'un resserrement, une sorte d'orifice, s'était formé, dont la circonférence fibreuse et inextensible ne pouvait se prêter à une dilatation naturelle ou artificielle complète. L'impossibilité où se trouvait, en conséquence, le vagin de glisser à la suite de l'orifice suffisamment dilaté sur la tête du fœtus et de se réduire spontanément, comme dans le cas que nous venons de citer tout à l'heure, devait amener le résultat constaté par M. Mavel. La tête aura franchi l'orifice de la matrice, puis le détroit inférieur, dont il devait être rapproché, et aura été arrêtée à l'orifice accidentel du vagin. C'est là qu'était le véritable obstacle, ce que le titre de l'observation n'indique pas du tout ; aussi, pour donner une idée de l'obstacle réel, ce titre aurait-il besoin d'être complété. Personne, en effet, ne comprendra qu'une simple inversion du vagin puisse être une cause de dystocie, puisqu'il est bien démontré qu'à une certaine époque du travail

cette inversion, quand rien d'ailleurs ne la complique, se réduit d'elle-même et se maintient réduite jusqu'après l'expulsion du fœtus, sauf à se reproduire bientôt. Il ne faut donc pas s'étonner, comme le fait notre confrère, de ne pas trouver dans les auteurs, là où ils parlent du prolapsus du vagin pendant la grossesse et l'accouchement, l'indication des difficultés qui se sont offertes à lui dans le cas qu'il vient de nous communiquer.

Celui que nous avons emprunté à Portal n'est pas le seul exemple de prolapsus de la matrice chargée du produit de la conception que la science possède. Des faits bien curieux en ce genre, décrits sous le titre de grossesse extra-abdominale, ont été réunis dans un mémoire du savant M. Guillemot inséré au tome XXVII, 1re série, des *Archives générales de médecine;* mais ils diffèrent bien plus encore que celui de Portal du cas observé par M. le docteur Mavel, et aucune idée de comparaison ne pourrait, à leur sujet, se présenter à l'esprit. Entre ces faits pourtant et celui de l'honorable médecin d'Ambert, il y a presque parité sous un rapport essentiel, celui de la dégénérescence fibreuse de l'orifice destiné à donner, après dilatation suffisante, passage au produit de la conception. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, c'était à l'orifice utérin lui-même que cette dégénérescence avait établi un infranchissable obstacle; dans celui de M. Mavel, c'était à un orifice accidentel formé à la partie la plus déclive du vagin renversé. Cette différence de siége n'entraînait pas de différence dans la nature de l'obstacle; dans les deux cas il était le même, reconnaissait la même cause, et réclamait par conséquent l'emploi des mêmes moyens. Aussi avons-nous été quelque peu surpris de voir M. Mavel s'efforcer d'entraîner, à travers un orifice beaucoup trop étroit et d'une invincible résistance à tout effort dilatant, la tête facilement saisie d'ailleurs avec le forceps. L'idée si simple d'un débridement n'aurait-elle pas dû se présenter tout de suite, et cela en l'absence même d'un diagnostic bien précis et au seul souvenir des nombreux succès dont l'art est redevable à des incisions convenables et faites à propos?

C'est à cette précieuse ressource pourtant, mais après d'infructueuses tractions qui pouvaient avoir de bien tristes conséquences, que M. Mavel recourut enfin. Ici notre étonnement n'a pas été moindre, et bien que l'absence d'accidents quelconques puisse pa-

raître une justification suffisante, nous ne pouvons laisser passer sans remarque le procédé de débridement suivi par notre honorable confrère.

Le débridement multiple si justement préféré et si généralement adopté convenait sans aucun doute au cas de M. Mavel. Il pouvait procurer, malgré le peu d'étendue de chacune des incisions, un élargissement plus que suffisant et au moins égal à celui obtenu par une incision unique de 4 centimètres faite à la partie postérieure. C'est ce que chacun sait, et que, pour notre part, nous avons constaté bien des fois quand nous avons dû débrider des orifices fibreux ou simplement rigides. Dans le cas où il n'y aurait pas eu, au point incisé, simple adossement de muqueuses, mais double épaisseur des parois tout entières du vagin avec une couche du tissu cellulo-graisseux de la cloison recto-vaginale, n'aurait-on pas exposé, par une incision profonde, au contact prolongé d'écoulements plus ou moins irritants des parties facilement susceptibles d'inflammation diffuse ou de gangrène? Nous l'aurions craint assurément; dans un cas semblable à celui de M. Mavel, et dans tous ceux qui s'en rapprochent par l'existence d'un rétrécissement fibreux qui arrête la progression du fœtus, le débridement multiple nous paraît bien préférable, et le seul même qui doive être conservé.

C'est celui auquel nous avons eu recours, en nous conformant aux préceptes consacrés, dans le cas presque semblable à celui de M. Mavel que nous avons observé il y a une douzaine d'années à l'hospice de la Maternité, et dont nous avons donné l'histoire détaillée dans le tome X, page 3, 3e série des *Archives générales de médecine*. Permettez-moi, messieurs, de vous en donner un extrait.

Une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, primipare, en travail, fut amenée à la Maternité le 5 septembre 1840, à neuf heures du soir.

Hors de la vulve existait une tumeur de forme conique, saillante de 6 à 7 centimètres, dont le sommet obtus, dirigé en bas, présentait un orifice circulaire un peu plissé; sa surface était couverte d'une membrane muqueuse peu ridée; sa base remplissait la vulve. La mollesse de la tumeur éloignait toute idée d'un prolapsus de l'utérus. Le doigt, introduit dans l'orifice qui existait à

son sommet, le franchissait sans difficulté, parcourant un canal à parois contiguës assez fortement ridées, un vagin, en un mot, au fond duquel on atteignait avec quelque peine l'orifice utérin entr'ouvert, et au delà la tête frontale. La réduction de cette tumeur était très facile, et lorsqu'elle était opérée, voici ce qu'on trouvait par le toucher : le vagin offrait une laxité considérable, et sa surface était accrue par un si grand nombre de plicatures, que le doigt éprouvait véritablement quelque peine à s'en dégager pour atteindre l'orifice de l'utérus. On n'y arrivait qu'après avoir traversé un orifice à bords minces et tranchants. En résumé, dans l'état de prolapsus il y a deux vagins encaissés l'un dans l'autre, et dont l'utérus renversé offrait sa membrane moyenne en dehors. La réduction opérée, ces deux vagins étaient au contraire superposés et séparés par un diaphragme perforé à son centre.

Le prolapsus ne datait que du quatrième au cinquième mois de la grossesse. La femme assurait que depuis sa première apparition il n'avait pas été constant, et que, facilement réductible, il ne se reproduisait que par la marche ou une station un peu prolongée. La réduction fut maintenue pendant toute la durée du travail.

Les douleurs ne devinrent un peu fortes que dans l'après-midi du lendemain 6 septembre. Lorsqu'après la dilatation complète les membranes furent rompues, la tête franchit l'orifice, vint occuper le vagin supérieur et s'appliquer sur la cloison, mais ne produisit sur son ouverture, malgré d'énergiques contractions, ni dilatation, ni déchirure. A ce moment la disposition des parties était telle, qu'un accoucheur, appelé alors pour la première fois, eût facilement pris la cloison pour le segment inférieur de l'utérus, et son ouverture pour l'orifice utérin lui-même dans un état d'invincible rigidité.

Six incisions de 7 à 8 millim. furent successivement pratiquées sur cette ouverture ; le forceps fut alors appliqué, et le bord antérieur de la cloison maintenu par un aide pendant les tractions, qui amenèrent facilement un enfant vivant d'un petit volume.

A la sortie de cette femme, huit jours après l'accouchement, il eût été difficile, sans la connaissance des antécédents, de se faire une exacte idée de ce qui avait été antérieurement observé. On ne trouvait plus qu'une cavité sans trace aucune de cloison, d'orifice, d'incision. Au fond du vagin on sentait une ouverture à bords

épais, peu saillants, interrompus par des fentes peu profondes, si semblables à l'orifice utérin lui-même quelques jours après l'accouchement, que la méprise était en vérité bien facile, et d'autant plus que le doigt ne pouvait pas pénétrer dans le vagin supérieur.

Il n'y avait pas en ce moment de prolapsus, mais il était bien probable qu'il se reproduirait. C'est ce qui arriva en effet, et, lorsque cette femme vint me consulter le 16 novembre suivant, je retrouvai les parties presque dans l'état où elles s'étaient offertes à ma vue lors de son entrée à la Maternité. C'étaient, à s'y méprendre, les apparences d'un prolapsus de la matrice, et, malgré tout ce que j'avais si bien constaté moi-même, j'avoue que tous mes doutes n'auraient pas été levés si je n'étais parvenu à reconnaître au-dessus de l'orifice très rétréci que j'avais sous les yeux la présence du vagin supérieur. Je ne pus y introduire le doigt; mais seulement une sonde de femme, qui pénétra, sans occasionner la moindre douleur, à la profondeur de 12 centimètres et demi. La facilité de cette introduction, celle non moins grande des mouvements de la sonde une fois introduite attestaient que l'instrument n'était pas entré dans l'utérus, mais dans une cavité à parois lâches. Une résistance m'ayant averti que son extrémité appuyait sur le col, je déprimai fortement la région hypogastrique, et, soulevant la sonde, je reconnus entre elle et la main placée au dehors la présence de l'utérus avec le volume qu'il offre dans l'état de vacuité. La réduction fut opérée et maintenue d'une manière durable à l'aide d'un pessaire rond en gomme élastique.

Qu'a-t-il manqué au fait dont nous venons de reproduire les principales circonstances pour faire l'exact pendant de celui de M. le docteur Mavel? Rien, si ce n'est la complication dernière, qui n'aurait pas manqué de se produire par de longs et infructueux efforts si l'art ne fût intervenu à temps. Appelé plus tôt, notre confrère aurait fait sans doute ce que nous avons fait nous-même; rien ne s'opposant plus alors à sa progression ou à son extraction, la tête du fœtus se serait avancée ou aurait été amenée au dehors sans le vagin, dont elle n'avait pu, faute d'un débridement fait à propos, se dégager en franchissant le détroit inférieur. Notre observation montre donc les avantages d'une intervention opportune, celle de M. Mavel les inconvénients d'une intervention trop tar-

dive. C'est un enseignement qui ne pouvait résulter que du rapprochement de ces deux faits, et, comme la science n'en *possède* ni de pareils ni d'analogues, nous n'avons pas craint de donner dans ce rapport une place importante à celui que nous avions fait connaître il y a douze ans, et qui, perdu dans un recueil moins répandu que des journaux à publications plus rapprochées, était demeuré inconnu à notre confrère d'Ambert et sans doute à beaucoup d'autres.

La femme à laquelle nous avons donné des soins était primipare, et chez elle le prolapsus du vagin ne datait que de quatre à cinq mois. Nous avions donc cru pouvoir considérer la cloison perforée qui existait dans le canal comme une disposition congénitale. Mais le fait de M. Mavel, qui se rapporte à une femme multipare, dont les accouchements antérieurs n'avaient offert ni difficultés ni complications, a fait naître dans notre esprit quelques doutes sur cette étiologie, et nous nous sommes demandé si l'explication qui nous a paru rationnelle pour le cas nouveau n'était pas également applicable au cas ancien; en un mot si, dans l'un comme dans l'autre cas, le resserrement observé en un point du vagin n'était pas consécutif au prolapsus. C'est un point que de nouvelles observations pourront seules élucider. Si elles confirmaient nos présomptions actuelles, on pourrait à bon droit considérer le prolapsus du vagin comme une prédisposition à une espèce nouvelle de dystocie résultant de l'altération des tissus fréquemment ou constamment soumis au contact de l'air extérieur et des corps étrangers, et de ces conséquences reconnues devrait découler l'indication très urgente d'une réduction et d'une contention exacte de la tumeur, alors même que sa présence au dehors ne produirait pas une grande gêne.

L'observation de M. Mavel nous a paru, messieurs, digne à tous égards de votre intérêt. Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à cet honorable confrère;

2° D'insérer son observation dans les bulletins de la Société.

Lecture.

M. le docteur Jarjavay, chirurgien du bureau central, qui dans la dernière séance avait écrit pour obtenir le titre de membre titu-

laire, donne lecture d'un mémoire sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale.

MM. Demarquay, Marjolin et Forget devront faire un rapport sur ce travail.

Discussion.

M. le président, après ces diverses communications, annonce que la discussion sur le mémoire de M. le professeur Roux est ouverte.

M. Gerdy. Avant de commencer la discussion, je féliciterai la Société d'avoir entendu un travail qui a une si grande importance au point de vue clinique.

Lorsqu'on voit quel a été le grand nombre de succès obtenus par M. Roux en suivant dans sa pratique le procédé de Scarpa, on est en droit de se demander si cette méthode n'est pas plus avantageuse que celle de Hunter, qui employait les ligatures rondes et fines, et, bien que ce soit cette dernière que j'ai suivie dans ma pratique, parce qu'elle se trouve plus en rapport avec mes idées, je me demande si on peut dire de quel côté est l'avantage.

Même en tenant compte de la grande habileté de l'opérateur, comment ne pas admettre que ce rouleau de diachylum interposé entre la ligature et l'artère ne sera pas un obstacle à la guérison, à la prompte réunion des bords de la plaie? A l'avance, on doit être prévenu contre cette méthode.

Jeune encore, j'avais été témoin des succès de M. Roux; mais j'étais loin de penser que le nombre des opérations fût aussi considérable, et, il faut bien l'avouer, ce grand nombre de succès est un résultat magnifique.

Puisque M. Roux a parlé de la méthode de Hunter, j'aurais désiré que l'honneur de cette méthode fût rapporté à son véritable auteur, Anel. Il me semble que de nos jours on a trop perdu de vue ce point de l'histoire des anévrismes; on a peut-être même été injuste en demandant si ce n'était pas plutôt par hasard qu'en réfléchissant qu'il était arrivé à ce procédé.

Qu'on relise Anel, et on verra qu'il a bien agi avec discernement. Quel était son but? Il voulait éviter d'ouvrir le sac, opération toujours difficile et qui expose parfois les malades à une cicatrice vicieuse gênant les mouvements du bras : il voulait, en un mot, simplifier autant que possible l'opération. Avant lui, Guillemeau

avait également lié l'artère au-dessus de la tumeur, comme étant le procédé le plus simple et le plus avantageux.

Si même on veut remonter plus loin, on trouvera que le procédé est encore plus ancien; car Aetius dit qu'on peut lier au-dessus et au-dessous, qu'on ouvre le sac ou qu'on le laisse intact. Il vaudrait donc mieux, je crois, pour être dans le vrai, dire la méthode d'Anel et non de Hunter.

Desault, qui suivit ce procédé, n'a pas donné de raison, comme Hunter, pour justifier cette méthode. En effet, ce dernier cherchait autant que possible à s'éloigner du siége de la maladie et des collatérales voisines.

Puisque le travail de M. Roux a amené la discussion sur les anévrismes, je saisirai cette occasion pour dire combien la nomenclature actuelle me semble défectueuse. Les anciens n'avaient aucune idée fixe sur la véritable dilatation des artères; ils croyaient tout simplement à la dilatation des pores. Plus tard est venue la nouvelle classification, et alors on a tellement tout confondu, qu'il est impossible de s'entendre.

En étudiant mieux cette nomenclature, il serait pourtant possible d'éviter la confusion.

Dans l'anévrisme vrai, où il y a simplement dilatation de l'artère, on voit déjà que les caractères distinctifs ne sont pas bien décrits. Scarpa avait bien dit que dans ce cas l'ouverture était large et non étroite; mais il s'est arrêté, et il est fâcheux qu'il n'ait pas poursuivi son idée.

L'anévrisme vrai peut quelquefois être fusiforme.

Dans l'anévrisme faux, au commencement l'ouverture de communication est toujours étroite, Scarpa l'a dit; mais dans la seconde période, les anévrismes finissent par se ressembler, il faut alors les nommer enkystés.

Dès lors, comme vous le voyez, il n'y a plus que deux sortes d'anévrismes, le vrai et l'enkysté, et on peut faire disparaître toute cette série de termes, faux primitif, faux consécutif, mixte interne, mixte externe, qui ne font que rendre la division obscure.

Trop souvent on a confondu avec des anévrismes de simples blessures artérielles. Je ne veux pas, du reste, parler ici de l'anévrisme artérioso-veineux, affection tout à fait distincte.

Si l'on adoptait cette classification, on simplifierait beaucoup l'étude des anévrismes.

Pour moi, l'anévrisme est une tumeur circonscrite. Il faut retrancher de la classe des anévrismes l'anévrisme cirsoïde. Scarpa et Breschet, en parlant de ces dilatations vasculaires générales, n'ont pas peu contribué à augmenter l'embarras. Il faut également ranger dans une autre catégorie d'affections ces vastes dilatations de l'aorte et d'autres vaisseaux.

Un autre point sur lequel je dois fixer votre attention est le suivant : parmi les nombreux cas d'anévrisme qui ont été cités par M. Roux, vous avez dû remarquer que le plus grand nombre des anévrismes avait été observé chez les personnes laborieuses. C'est chez l'homme, le plus habituellement, qu'on l'observe, et c'est aussi au jarret qu'on en a rencontré le plus. Pelletan et Richerand pensaient que les mouvements brusques d'extension étaient une des causes dont il fallait le plus tenir compte. Je ne puis pas admettre cette opinion ; je ne crois pas que les artères soient assez fragiles pour éprouver ces ruptures. J'ai été à même de vérifier ce que j'avance dans de nombreuses expériences que j'ai faites pour produire des luxations. Dans les cas où ces muscles et les nerfs éprouvent de nombreuses déchirures, j'ai toujours vu les artères résister. M. Follin, qui a répété à son cours les mêmes expériences, n'a jamais trouvé les tuniques artérielles éraillées. C'est par l'effort que la dilatation a lieu; et, en effet, dans l'effort, le cœur agit d'une manière bien plus énergique, comme on peut le voir dans les expériences de M. Poiseuille. Si on pouvait se servir d'une comparaison, je dirais que le cœur, dans les efforts, ressemble au vent, qui d'abord ride les flots, puis les pousse au rivage. Supposez des efforts considérables, et vous n'aurez pas de peine à reconnaître la véritable cause de l'anévrisme.

Maintenant, un autre point important, c'est l'étude des méthodes de traitement ; eh bien ! aujourd'hui tout nous porte à croire que quelques-unes des méthodes les plus usitées vont disparaître pour faire place à de nouvelles, qui, d'après la statistique faite par les Anglais, semblent plus avantageuses.

L'histoire des anévrismes me ramène naturellement vers la médecine opératoire, et, à ce sujet, je crois devoir dire que généralement, lorsqu'on pratique des ligatures, on se dirige d'après des

données assez vagues ; le meilleur guide se trouve dans la connaissance exacte des formes. C'est un point qu'on a trop négligé, et lorsqu'on est familier avec ce genre d'anatomie, on peut arriver facilement à lier des artères peu importantes. De cette manière, même dans les plus mauvaises conditions, je suis parvenu promptement à lier la tibiale antérieure dans un cas de plaie d'arme à feu. Il ne faut pas suivre le précepte de Lisfranc, qui, dans l'embarras, incisait obliquement au trajet de l'artère. Je crois aussi qu'on abuse de la sonde cannelée pour mettre à nu l'artère et l'isoler ; très souvent on la dénude dans une trop grande étendue. Je préfère, dans ce cas, me servir de deux bonnes pinces à dissection à dents de rat ; de cette manière, je saisis facilement le tissu cellulaire, je l'écarte sans risquer de saisir des filets nerveux et de faire des déchirures constamment nuisibles.

De ces faits, il résulte, pour moi, qu'il faut nécessairement modifier la classification des anévrismes, ainsi que les procédés opératoires actuellement en usage.

M. Giraldès. Je crois que M. Gerdy attribue à l'observation d'Anel plus d'importance qu'il n'en attachait lui-même ; j'en trouverais une preuve dans les nombreux certificats qu'il demandait partout comme preuve de son mérite : dans aucun il n'est fait mention de cette ligature. Hunter, au contraire, avait raisonné son opération si bien, qu'il disait qu'on pouvait la porter jusqu'à la carotide ou l'iliaque externe.

M. Gerdy. Si Anel n'avait pas imprimé ses raisons, on pourrait peut-être dire qu'il n'en avait pas pour agir comme il a agi ; mais il a donné ses raisons assez longuement, et elles sont des plus sérieuses.

Si Anel n'a pas revendiqué dans ses certificats en faveur de son opération, c'est qu'avant tout il était oculiste, et il craignait de faire croire qu'il eût pu s'occuper d'autre chose que de sa spécialité.

Mais en rendant justice à Anel, je n'en reconnais pas moins la justesse des raisons pour lesquelles Hunter liait au-dessus du sac et recommandait de ne lier que là où l'artère était saine.

M. Larrey. L'argumentation de M. Gerdy, en rendant hommage au mémoire de M. Roux et à l'expérience considérable qui fait la base de cet important travail, semble s'être écartée du principe de

la discussion pour s'engager dans une étude générale du sujet, et pour changer tout d'abord la classification des anévrismes.

La dénomination d'*anévrisme enkystée*, établie et admise par M. Gerdy, ne saurait, je crois, malgré l'acception qu'il lui donne, et malgré l'autorité de son opinion personnelle, obtenir l'assentiment des autres chirurgiens. Le mot kyste, nous le savons tous, exprimant l'idée d'une poche sans ouverture, exclut par cela même la signification d'un anévrisme, et ne représente d'ailleurs qu'un caractère accessoire. La division essentielle au contraire d'anévrisme spontané ou vrai, et d'anévrisme traumatique ou faux, préjuge à elle seule, jusqu'à un certain point, la nature de la cause, la forme de la maladie, l'état d'altération ou d'intégrité organique de l'artère, et surtout enfin la conséquence pratique si différente selon les deux cas; autant de raisons, sans doute, qui justifient la nomenclature classique des anévrismes.

M. Maisonneuve. Je ne pense pas que Lisfranc mérite le reproche que notre honorable collègue lui a adressé; loin de là, personne peut-être ne s'est autant attaché que lui, dans les cours de médecine opératoire, à démontrer l'importance des saillies musculaires ou osseuses, comme étant indispensables pour diriger dans les opérations, principalement dans les ligatures; et tous ceux qui ont suivi ces préceptes ont conservé dans le manuel opératoire une justesse et une précision qui ne dépendent que de la méthode.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 7 *octobre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le président annonce que M. le professeur Langenbeck, de Berlin, assiste à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur fibro-plastique récidivée deux fois à la hanche.

M. Larrey présente un malade du Val-de-Grâce dont il a déjà

entretenu la Société dans les séances du 21 janvier et du 10 mars de cette année, au sujet d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe. Cette tumeur, développée depuis l'enfance sans cause primitive appréciable, s'était accrue progressivement sous l'influence de causes mécaniques et des fatigues du service militaire. L'extirpation en a été faite pour la première fois au mois de mars 1851, et a offert à l'examen anatomo-pathologique et au microscope les caractères les plus exacts des tumeurs fibro-plastiques. La récidive, survenue sur place quelques mois après avec un développement plus considérable, a nécessité une seconde opération, qui fut pratiquée le 15 janvier 1852. La cicatrisation, obtenue après quelques accidents, a été suivie enfin d'une autre récidive locale sans engorgement des ganglions lymphatiques et sans indice de diathèse générale. La tumeur, largement étalée sur toute l'étendue de la cicatrice, offre à peu près les mêmes caractères qu'à son origine; mais elle semble cependant ramollie vers un point de sa surface, et elle est devenue plus profondément le siége de douleurs lancinantes. M. Larrey, en soumettant de nouveau cette tumeur à l'observation de ses collègues, s'accorde avec eux sur la nécessité d'une troisième extirpation, qu'il pratiquera le lendemain, et il insiste sur la nouvelle démonstration que ce fait apporte aux savantes recherches de M. Lebert pour différencier les tumeurs fibro-plastiques des tumeurs cancéreuses.

Suite de la discussion du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.

M. Giraldès (à l'occasion du procès-verbal). Dans la dernière séance, à propos des objections adressées à M. Roux par M. Gerdy au sujet de la méthode de Hunter, qu'il croit devoir attribuer à Anel, j'ai fait remarquer qu'il ajoutait à l'opération pratiquée par ce chirurgien plus d'importance qu'il n'en donnait lui-même, et que l'opération en question avait été faite d'après des considérations très secondaires et qu'on pourrait même dire sans connaissance de cause.

Comme ces objections ne reposaient que sur des souvenirs, j'ai dû voir si ma mémoire ne m'avait pas fait défaut et si je devais les modifier.

Après avoir consulté de nouveau le travail d'Anel (*Suite de la*

nouvelle méthode de guérir les fistules ou *Discours apologétique dans lequel on a inséré différentes pièces*, par Dominique Anel ; Turin, 1714, p. 255) où il est question de cette opération, je crois pouvoir les maintenir comme j'ai eu l'honneur de les présenter. Il est facile d'en trouver la preuve dans le mémoire apologétique composé par Anel en réponse aux critiques du chirurgien Signoretti : dans ce mémoire, il énumère complaisamment les différentes opérations qu'il a pratiquées ; il entre dans tous les détails, et, lorsqu'il s'agit de l'opération de l'anévrisme pratiquée en 1710 sur le missionnaire Bernardin de Bolseno, il ajoute des réflexions qui prouvent de la manière la plus évidente qu'aucune donnée générale n'avait précédé ou suivi son exécution.

Anel découvre l'artère humérale, lie le vaisseau le plus près possible de la tumeur, et après avoir relâché le tourniquet, s'apercevant que du sang est fourni par une artère musculaire divisée pendant l'opération dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, il lie derechef l'artère humérale dans un point plus élevé. Cette manière de pratiquer l'opération, les détails et les réflexions qu'il ajoute permettent de conclure qu'il n'est pas le créateur de la méthode connue sous le nom de Hunter.

M. Gerdy. Historiquement on doit admettre que c'est Anel qui a le premier lié l'artère au-dessus du sac, si toutefois on excepte les anciens chez lesquels on retrouve aussi quelques indications pour respecter la tumeur. Toutes les raisons que M. Giraldès vient de donner confirment les droits d'Anel. Ce qu'il redoutait en ouvrant le sac, c'était d'avoir des hémorrhagies. Guillemeau, qui connaissait ces dangers, avait également lié au-dessus du sac ; Anel avait pris ce parti, parce qu'il lui suffisait de faire une petite incision au-dessus du sac ; si maintenant on objecte qu'il ne connaissait pas la circulation collatérale, je dirai que ce n'est guère que depuis Haller et Scarpa qu'on s'est occupé de ce point de la science, qui est loin d'être encore bien connu, comme vous avez pu le voir dernièrement à propos de la pièce qui vous a été présentée par M. Verneuil.

J'ai employé le mot enkysté, que M. Larrey semble trouver mauvais, non pour faire une nouvelle classification, mais pour simplifier l'ancienne ; tous les anévrismes, après la rupture du sac,

deviennent enkystés, même les anévrismes traumatiques, qui ne sont d'abord qu'une simple blessure artérielle.

Tous les anévrismes ne sont-ils pas constitués par un sac celluleux rempli de caillots et de sang plus ou moins fluide? Il est, je crois, très important de débarrasser la science de toutes ces superfétations qui ne peuvent que l'obscurcir.

Dans les remarques relatives à la médecine opératoire que j'ai faites dans la dernière séance, je n'ai point cherché à attaquer Lisfranc : la proposition que j'avais émise n'est pas nouvelle; seulement j'ai insisté sur ce point qu'on ne s'était pas assez occupé de l'anatomie des formes; quant à l'incision oblique, qu'il pratiquait dans la ligature de la tibiale antérieure, je n'ignore pas que c'était pour mieux distinguer l'interstice musculaire; seulement je préfère inciser parallèlement à la direction de l'artère.

M. Roux. Je crois que la discussion s'est un peu écartée du sujet; la question que j'ai traitée devant vous est une question essentiellement pratique; je croyais donc que les objections porteraient principalement sur le choix des méthodes; mais, puisque la Société a permis que la discussion portât sur d'autres points, je lui demanderai la permission de les discuter aussi.

Comme l'a très bien fait remarquer notre honorable collègue M. Larrey, il est impossible d'admettre la division que M. Gerdy propose; je crois qu'il faut conserver l'ancienne division qui admettait des anévrismes spontanés et des anévrismes traumatiques, car il existe une telle différence dans la marche et les suites de ces deux maladies qu'on ne saurait les confondre.

Dans les anévrismes spontanés, bien que la cause première soit plutôt extérieure que spontanée, il arrive toujours au bout d'un certain temps que la poche anévrismale se confond avec l'artère, tant l'ouverture de communication s'est agrandie.

Au contraire, dans les anévrismes traumatiques, il y a une véritable solution de continuité qui peut changer un peu de forme avec le temps; mais jamais cette ouverture de communication ne présente ces bords frangés irréguliers qu'on observe dans les anévrismes spontanés.

Plutôt que d'incorporer dans la science des mots nouveaux, je crois qu'il vaut mieux se contenter de l'ancienne classification, tant il est difficile d'en avoir une bonne.

Lorsque M. Giraldès objectait à M. Gerdy qu'Anel n'était pas véritablement l'auteur de la méthode qui consiste à lier l'artère au-dessus du sac, je crois qu'il avait raison. Autant que personne, je suis heureux lorsqu'un Français fait une découverte; mais ici, il faut rendre à chacun la part de gloire qui lui appartient. Oui, historiquement, Anel, antérieurement à Hunter, avait fait la ligature de l'artère en respectant le sac; mais si on recherchait ailleurs, il serait facile de démontrer par des exemples analogues que bien souvent dans les découvertes le second éclipse à juste titre la gloire du premier, et il est bien possible que si Anel a agi ainsi, c'est qu'il ne pouvait pas faire autrement.

Plus tard Hunter et Desault ont la même idée; au lieu d'ouvrir le sac dans un cas d'anévrisme poplité, ils substituent la ligature de l'artère crurale, opération regardée alors comme très bardie. Quel était leur but? C'était d'agir sur un point où l'artère n'était pas malade.

Hunter, qui venait de faire cette révolution dans la science, fut blâmé par Pott; et cependant à cette époque on pratiquait l'amputation de la cuisse pour un anévrisme poplité. Une fois ce pas immense fait, de jour en jour on a porté les ligatures plus haut en se rapprochant du tronc, et on est arrivé à des résultats merveilleux. Certes, sans cette méthode, il est douteux qu'on eût jamais obtenu d'aussi beaux succès.

Si on veut mettre fin à ce point de la discussion, il faut allier ensemble ces deux noms glorieux, et dire méthode d'Anel ou de Hunter; mais, à mon sens, la part de gloire de ce dernier doit être plus considérable, car c'est lui qui a donné à la science cette immense impulsion.

Que les anévrismes pour notre honorable collègue M. Gerdy ne soient pas la suite de la déchirure des membranes, qu'il n'ait pas surpris la nature sur le fait et que ses expériences ne lui aient jamais fait voir de ruptures des membranes artérielles, c'est possible; mais il ne faut pas perdre de vue que le plus grand nombre des anévrismes a été observé au jarret chez des individus qui par profession ont souvent les jambes fléchies, comme les rémouleurs, les tailleurs, etc. Si l'anévrisme est la suite d'un effort, pourquoi les artères n'y sont-elles pas toutes sujettes dans une égale proportion?

Je n'entends cependant pas soutenir la doctrine de Scarpa ; je crois qu'elle est trop absolue. Cet illustre chirurgien voulait défendre la méthode de Hunter, en disant que l'artère est toujours malade là où elle se rompt; peut-être est-il mal de dire quelques mots qui sembleraient attaquer sa mémoire; mais la vérité est qu'il s'est laissé aller à des préventions. Ainsi au moment où en France Pelletan, Deschamps, Boyer, pratiquaient avec succès l'opération des anévrismes en ouvrant le sac, Scarpa niait la possibilité de ces succès. Boyer ne tenait autant à cette méthode que parce qu'elle lui avait réussi.

Dans trois cas d'anévrismes opérés à la Charité, et qu'il n'avait pas vus, Scarpa dit qu'il y avait altération des artères. Comme vous le voyez, les moyens que le professeur de Pavie employait pour atteindre son but n'étaient pas d'une parfaite loyauté.

Ces divers points ne devaient pas ressortir de la discussion de mon travail, et je remercie M. Gerdy de m'avoir donné l'occasion d'exposer mes opinions sur cette partie si importante de la pathologie externe.

Reste maintenant la question des procédés pour le genre de ligature. Je ne prétends en aucune manière dire que le procédé de Scarpa l'emporte sur les autres; je n'ai par devers moi aucun terme de comparaison; seulement, comme mes succès l'emportent sur mes revers, je veux rester fidèle à mon procédé, ne voulant pas m'engager dans l'inconnu.

M. Morel-Lavallée. J'ai vu avec peine que M. Roux semblait vouloir s'élever contre le langage chirurgical nouveau. Quant aux objections de M. Giraldès qui conteste à Anel le titre d'inventeur de cette méthode, je crois qu'elles sont sans importance. Anel, après sa première ligature, trouve une artère qui donne du sang. De là l'obligation de faire une nouvelle ligature. Hunter, à sa place, eût agi de même. Toutes les explications données par Anel dans son mémoire justificatif sont de nature à lui en assurer la priorité. J'ai toujours été vivement affecté de voir attribuer à Hunter l'honneur de cette découverte; Hunter a simplement fait un procédé dans une méthode.

M. Giraldès. Je ferai remarquer à M. Morel-Lavallée que l'appréciation des faits, en matière scientifique, diffère suivant les renseignements plus ou moins exacts qu'on possède sur la question

en litige. J'ajouterai aussi qu'il n'est pas possible d'établir la moindre confusion dans des faits aussi divers; qu'on ne peut pas attribuer à Hunter ce qui appartient à Anel, pas plus qu'on ne peut attribuer à ce dernier ce qui appartient à Guillemeau.

Anel, pour guérir un anévrisme traumatique du pli du coude, lie le vaisseau le plus près de la tumeur sans ouvrir le sac, et cela seulement pour éviter une cicatrice dans cette région. Hunter, en 1785, lie l'artère fémorale pour guérir un anévrisme poplité, et il place la ligature le plus loin possible de la tumeur afin d'éviter de lier l'artère dans un point malade, crainte d'hémorrhagies. Il va même plus loin; car de son opération il déduit toute une doctrine et une méthode opératoire qu'il croit applicable à la guérison des anévrismes des différentes régions. Je crois donc, jusqu'à preuve du contraire, que Hunter est le créateur de la méthode qui porte son nom.

En terminant, je dirai que, malgré le nombre considérable de succès obtenus par M. Roux, j'ai été frappé du nombre des insuccès en comparant toutes les statistiques; c'est environ un tiers. Je crois donc qu'il serait du devoir du chirurgien d'appliquer le traitement qui a donné les plus beaux résultats, la compression.

Correspondance.

M. le docteur Mayor, de Genève, nommé associé étranger, adresse une lettre de remercîments à la Société.

— M. Huguier, au nom de la commission, annonce que M. Deguise père va aussi bien que possible, et qu'il n'est survenu aucun accident.

M. le président prie la commission de vouloir bien continuer ses visites près de notre honorable confrère.

— M. le docteur Gensoul, de Lyon, membre correspondant, adresse la lettre suivante à la Société :

Fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Une question de responsabilité médicale relativement à un cas de fracture de l'omoplate est actuellement soumise au jugement des tribunaux. Je ne connais que très imparfaitement les faits de

la cause, et ne puis avoir l'intention d'intervenir dans le débat ; mais parmi plusieurs cas de fracture de l'omoplate que j'ai observés, il en est un qui qui est tellement rare qu'il sera, je pense, lu avec intérêt. Les conclusions à tirer de ce fait sont tellement évidentes que je dois me borner à le rapporter.

» Le nommé Revenu, cultivateur à Sainte-Foy-lès-Lyon, se présenta dans mon cabinet le 3 février 1834. Il se plaignait d'une douleur vive au bas de l'épaule lorsqu'il exécutait des mouvements. La veille, me dit-il, en descendant une côte très rapide et pavée, mon pied droit a glissé ; j'ai failli tomber en arrière sur le dos, mais je me suis retenu sur la main droite et me suis redressé sans que mon dos ait *touché* la terre. Je souffrais un peu ; mais comme je n'étais pas tombé, je regagnai mon domicile, pensant que la douleur disparaîtrait bientôt ; mais aujourd'hui je souffre davantage, et je viens me faire examiner. Je fis dépouiller de ses vêtements cet homme vigoureux, alors âgé de quarante-huit ans, et je reconnus une fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate. Le fragment inférieur était si sensiblement écarté qu'en portant l'épaule en arrière il était facile de le mouvoir, de le faire crépiter contre le corps de l'omoplate. Le docteur Perouse, mon secrétaire à cette époque, constata sans peine et à l'instant cette fracture, qui se reconnaissait, passez-moi l'expression, à pleine main. Il était évident que les efforts spontanés et convulsifs des muscles grands ronds et des faisceaux musculaires du grand dorsal, qui s'insèrent à l'angle inférieur de l'omoplate, avaient rompu cet os et détaché son angle inférieur ; cependant l'action des autres muscles du tronc avait suffi pour que le malade pût se redresser et regagner son domicile sans douleur trop vive et sans qu'il fût privé de mouvoir son bras. Je plaçai le bras demi-fléchi, appuyé sur les côtés du tronc ; je le maintins dans cette position quarante-cinq à cinquante jours, et la guérison a été si complète que, quelques mois après, il était impossible de reconnaître le lieu de la fracture.

» Dans le courant de l'année 1848, le même malade se présenta de nouveau dans mon cabinet ; il venait de tomber sur le dos en marchant dans une rue dont une pluie fine avait rendu les pavés glissants : le côté gauche et postérieur du tronc avait violemment frappé le sol. A peine eut-il dépouillé ses vêtements que, portant

la main sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche, je reconnus une fracture semblable à celle que j'avais constatée quatorze ans auparavant à l'angle de l'omoplate du côté opposé. Les mouvements du bras étaient douloureux, mais ils pouvaient s'exécuter presque dans tous les sens. Le traitement fut le même; la guérison eut lieu de la même manière. Aujourd'hui le malade travaille la terre avec vigueur, malgré ses soixante-six ans.

» Je dois ajouter que Revenu n'a jamais été affecté de maladies vénériennes, n'a jamais éprouvé d'autres fractures, et la seule prédisposition que l'on pourrait supposer chez cet homme robuste serait une petite épaisseur congéniale des tissus osseux des omoplates.

» Agréez, etc. GENSOUL. »

— M. GOSSELIN a la parole pour lire, au nom de la commission, le rapport fait sur le mémoire de M. Richet. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

Séance du 20 *octobre* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Installation de la Société rue de l'Abbaye, 3.

MM. les docteurs Parise (de Lille) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance, ainsi que MM. les professeurs Roux, Bérard et Gerdy, membres honoraires.

M. GUERSANT a ouvert la séance par une courte improvisation dans laquelle il a exposé avec beaucoup de tact les motifs qui avaient obligé la Société à s'installer dans un nouveau local. Après cette allocution, il a donné la parole à M. Danyau, qui s'est exprimé ainsi, au nom de la commission d'installation :

Messieurs,

La commission honorée de votre confiance et chargée de vos pouvoirs vous doit compte de ce qu'elle a fait pour votre installa-

tion dans le nouveau local qui devient le siége de la Société de chirurgie.

La pensée d'établir la Société dans un local exclusivement affecté à ses séances, à ses travaux de commissions, à sa bibliothèque, à ses collections, n'est pas nouvelle. C'est un vœu déjà ancien, un projet formé depuis longtemps, et qui se réalise aujourd'hui par la prise de possession de ces belles salles dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés.

La Société, à ses débuts, s'estima heureuse de l'hospitalité qui lui fut si gracieusement accordée à l'Hôtel-de-Ville par M. le comte de Rambuteau. Plus tard, et pendant longtemps, elle dut se contenter de celle que nos troubles civils l'avaient forcée de chercher ailleurs, et qu'à des conditions peu onéreuses elle avait trouvée, près de la Société philomathique, dans les lieux que vous venez de quitter. A cet établissement nécessairement provisoire et insuffisant sous tous les rapports, vous avez substitué un établissement définitif, plus digne de vous, de vos travaux, du rang que vous occupez dans la science et des maîtres éminents qui sont venus s'asseoir parmi nous.

Voici la salle de vos séances : cinquante membres s'y placeront à l'aise, et il nous restera encore quelques siéges d'honneur à offrir à d'illustres visiteurs. Une large réserve faite au public, dans une partie d'où l'œil peut embrasser l'assemblée tout entière, vous permettra d'admettre plus d'auditeurs que dans l'espace restreint dont vous aviez pu disposer jusqu'ici.

Vous ne trouverez point ici, messieurs, le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourrées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et, quoique vous ne soyez point restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition, soigneusement étudiée par notre habile architecte M. Dupuis, laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation, et permet entre tous les membres des communications faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons point traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche.

Sur ce marbre, nous avons placé la statuette d'Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne; au-dessus du bureau, le buste de notre vénéré maître Marjolin; Ambroise Paré, dont nous devons souhaiter que l'esprit nous inspire; Marjolin, dont le patronage est resté cher à notre Société.

L'accès de cette enceinte est facile, et en lui conservant deux entrées, l'une qui vous est réservée, l'autre pour le public, nous avons songé au bon ordre et à la dignité de nos séances.

La salle que vous avez traversée après le vestibule est celle que nous destinons aux malades nombreux, trop nombreux peut-être, dont les affections graves sont soumises à votre examen, et aux personnes étrangères qui les accompagnent. Il sera maintenant possible de s'expliquer sur le compte de ces malades sans craindre que de désolantes paroles parviennent jusqu'à leurs oreilles. Cette salle vous offrira aussi, messieurs, un lieu commode pour les entretiens particuliers, dont le bruit, désormais éloigné de cette enceinte, laissera régner ici le silence si nécessaire à une assemblée occupée de graves questions de science et d'art. La belle collection de portraits qui en orne les murs est un don de notre secrétaire M. René Marjolin, qui a bien d'autres titres encore à notre reconnaissance. L'idée de cette décoration, qui met sous vos yeux l'image de tant d'illustrations chirurgicales nationales et étrangères, était des plus heureuses. L'exécution témoigne du bon goût bien connu de notre collègue. Quand cette collection commençante sera complète, et elle ne tardera pas à l'être si chacun de nous se fait, à l'occasion, collecteur à son tour, la Société de chirurgie possèdera un ensemble unique, et qui sera le plus curieux ornement du local dont elle prend possession aujourd'hui. Que cette collection soit, à toujours et aux yeux de tous, le témoignage de notre vénération pour la mémoire des maîtres habiles dont nous avons suivi les leçons, et des chirurgiens des âges antérieurs dont nous n'avons pas cessé de méditer les écrits.

Une autre collection, nouveau don de notre secrétaire, figurera dans la salle des conférences. Ce sera la série des illustres associés étrangers que vous avez nommés cette année. Elle sera également destinée à ceux de nos collègues que la mort nous a ravis. C'est là qu'à côté de Marjolin vous retrouverez Auguste Bérard, dont une voix éloquente doit aujourd'hui même vous faire entendre l'éloge.

Dieu veuille que de longtemps encore nous n'ayons pas à ajouter d'autres cadres à cette série !

Les commissions qui auront à se réunir au siége même de la Société, ou qui auront à s'entendre avant, pendant ou après les séances, trouveront dans la salle des conférences une pièce que nous nous sommes efforcés de rendre confortable, et où elles pourront, à leur aise, discuter les questions soumises à leur examen. Nous y avons fait placer un lit de repos destiné aux malades qui ne peuvent être bien examinés que couchés; et dans une armoire, se trouveront quelques instruments propres à des explorations spéciales.

La pièce qui suit, et qui n'est pas moins spacieuse, est la bibliothèque. Nous vons demandons la permission de ne point l'ouvrir aujourd'hui. La menuiserie n'en est pas terminée et nos livres sont encore en désordre. Là comme ailleurs, tout sera prêt, nous l'espérons, pour la prochaine séance, et vous verrez que cette partie de votre établissement ne le cède en rien aux autres.

Nous n'avons plus à vous indiquer que quelques dépendances à droite du vestibule, et la salle où chacun de nous sera prié de faire, en entrant, le dépôt des pièces anatomiques qui devront être présentées dans le cours de la séance, et qui ne pourront être apportées ici qu'au moment même de leur présentation. Vous remarquerez que cette salle est vaste, bien éclairée, et sous tous les rapports favorable à la continuation des recherches sur les pièces présentées, toutes les fois que la Société ou quelqu'un de vous, messieurs, désirera qu'elles soient poursuivies. Quelques plâtres, et au besoin même quelques pièces desséchées ou conservées dans l'alcool, pourront y trouver place.

Tel est, messieurs, le local que vous allez occuper dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps. Il vous a suffi, pour en sortir, d'un petit effort, d'un léger sacrifice annuel. Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous, et pour une longue suite d'années qu'un bail en forme vous assure. Vous ne possédiez rien, et tout ce matériel, produit de vos dons volontaires en nature et en argent, vous appar-

tient; précieux enseignement, messieurs, qui vous montre et montrera à d'autres ce qu'on peut obtenir d'une association bien dirigée et de quelques sacrifices faits en commun.

Il n'est personne d'entre vous qui n'ait pris ou ne veuille prendre part à ces sacrifices; personne, nous l'espérons, qui regrette ceux qu'il a déjà faits; personne parmi ceux qui peuvent avoir à contribuer encore qui ne soit disposé à baser le chiffre de son offrande sur ce que nous mettons aujourd'hui sous vos yeux. Et maintenant qu'une propriété collective est ici établie, il n'est personne qui ne se sente disposé à s'y intéresser, qui n'ait le désir de la conserver, de l'améliorer, de l'accroître. Aussi ne mettons-nous pas en doute que dans l'avenir de nouveaux dons ne viennent de temps en temps augmenter nos richesses.

Parmi celles dont la conservation et l'accroissement nous importent le plus, nous plaçons au premier rang notre bibliothèque et nos archives. Nos livres, maintenant qu'ils vont être reçus dans de belles armoires, ont besoin d'être classés; les manuscrits et une foule de lettres autographes précieuses à plus d'un titre et qui doivent demeurer la propriété de la Société, ne sauraient être abandonnés aux hasards d'une conservation incertaine. Pour tout recueillir, pour tout mettre en ordre, pour profiter des bonnes occasions qui enrichiraient la Société à peu de frais, il faut du temps, des soins, de la suite; et sans un intérêt particulier, sans un goût tout spécial, sans l'amour des livres, sans la connaissance des langues, sans ces relations étendues à l'étranger qui favorisent les échanges, on risque de rester toujours pauvre. La commission pense qu'un bibliothécaire-archiviste vous est devenu nécessaire, et nous ne serions pas embarrassés pour désigner d'avance à votre choix celui de nos collègues qui nous semblerait le plus propre à en remplir dignement les fonctions.

Une autre création, un peu moins urgente peut-être, mais dont la nécessité ne tardera cependant pas à se faire sentir, est celle d'un secrétaire général qui serait nommé pour plusieurs années. Les relations de la Société ont beaucoup augmenté depuis quelque temps; la correspondance s'est accrue en proportion, et c'est un surcroît d'occupations auquel suffit à peine le temps d'un secrétaire qui, sans négliger ses malades de l'hôpital et de la ville, veut donner tous ses soins à la rédaction de nos procès-verbaux. La direction de nos

intérêts demande d'ailleurs une suite qu'on ne peut attendre de secrétaires annuellement renouvelés. Il serait avantageux, nous le pensons du moins, que la Société fût représentée par un personnel moins mobile, et qu'une longue tradition s'établît dans toutes nos affaires par la nomination d'un secrétaire général. Vous y réfléchirez, et vous aviserez dans votre sagesse. Quand vous aurez décidé, le choix ne sera pas difficile à faire.

Maintenant, messieurs, il nous reste un devoir à remplir envers notre honorable secrétaire. Dans tout ce qui s'est accompli ici, sa part a été si grande, que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots, et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial.

Sur la proposition de MM. Michon et Monod, la motion de M. Danyau est adoptée, et des remercîments sont votés à M. le secrétaire et à la commission d'installation.

— Après ce discours, M. le secrétaire donne sommairement l'exposé du procès-verbal de la séance du 14 octobre, qui ne sera lu et adopté que dans la séance suivante.

Il lit les conclusions du rapport de la commission sur le travail et la candidature de M. Richet.

Après cette lecture, il est procédé à l'élection de M. Richet, qui, ayant réuni l'unanimité des voix, est nommé membre titulaire.

— M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. Denonvilliers, qui doit prononcer l'éloge de Bérard (Auguste), un des fondateurs de la Société.

Eloge du professeur Auguste Bérard.

Messieurs,

La Société de chirurgie a voulu que, dans cette séance solennelle destinée à l'inauguration d'une ère nouvelle, ère de progrès et de prospérité, fût prononcé l'éloge du professeur Auguste Bérard, afin

sans doute qu'au souvenir d'un jour heureux pour elle se rattachât d'une manière intime la mémoire d'un des hommes dont elle s'honore le plus, de celui dont elle lit avec une fierté légitime le nom inscrit en tête de la liste de ses fondateurs, et qu'elle s'enorgueillit d'avoir eu le premier pour président.

Laissez-moi vous dire, avant de commencer, combien je me sens heureux d'avoir été choisi pour être l'interprète de cette pensée de pieuse gratitude. Aujourd'hui que le temps a accompli son œuvre inévitable et transformé les angoisses de la première douleur en un sentiment de tendre et touchant regret, c'est pour moi une consolation de jeter un regard en arrière et de reporter mes souvenirs sur la vie si pure, si laborieusement et si dignement employée, de celui qui fut pour moi le guide le plus sûr, le maître le plus doux, l'ami le plus fidèle ; c'est un bonheur surtout de songer qu'il va me suffire de dire simplement ce que fut Auguste Bérard et ce qu'il fit pour réveiller l'affection de ceux qui l'ont connu et la faire naître dans le cœur des autres.

Auguste Bérard était né le 2 août 1802, à Varrins, petit village situé près de Saumur, dans ce département de Maine-et-Loire, qui, par un triste et singulier privilége, a vu naître aussi depuis le commencement de ce siècle Béclard, Billard, Ollivier, Hourmann, célèbres, ainsi que notre infortuné collègue, par leurs talents, leurs travaux, leurs succès dans les sciences médicales, et, comme lui, victimes d'une mort prématurée.

Sa famille était sans fortune. Son père occupait dans l'administration des douanes un petit emploi, qui prenait tous ses instants et suffisait à peine aux besoins de chaque jour. Abandonné aux soins d'une mère tendre, mais indulgente et faible, dans ces premières années où se fait le plus sentir la nécessité d'une direction intelligente, A. Bérard ne trouva pour appui que son frère, à peine plus âgé que lui, et qui eût eu besoin lui-même de soutien et de guide. La première enfance des deux frères s'écoula donc, comme celle des enfants du peuple, au milieu de jeux et d'amusements champêtres, dans une entière indépendance et dans cette oisiveté vagabonde, funeste aux natures faibles ou incomplètes, mais où se trempent plus fortement peut-être les intelligences d'élite.

Admis comme externes au collége d'Angers, ils s'y distinguent aussitôt par leur aptitude au travail et par une extrême facilité qui

leur permet de suivre les exercices des classes sans interrompre le cours de leurs jeux. Hélas ! il devait venir trop tôt le moment de dire adieu à cette heureuse et insouciante existence que notre pauvre collègue a toujours regrettée, et dont il ne parlait qu'avec une touchante émotion dans les jours les plus glorieux de son âge mûr!

Les études classiques terminées, il fallait prendre un parti et aborder, sans protection et presque sans préparation, les difficultés de la vie réelle. Déjà l'aîné des Bérard se livrait depuis quelques années à l'étude de la médecine, et s'était fait remarquer à l'hôpital d'Angers, où il remplissait les fonctions d'interne; mais les ressources de la famille n'auraient pas permis d'entretenir à la fois deux jeunes gens dans une carrière d'un accès si difficile. Il fut donc décidé qu'A. Bérard entrerait dans le commerce, pendant que son frère irait à Paris tenter la fortune et solliciter une place dans quelque administration publique. Heureusement pour la science à laquelle il ne devait pas échapper, les démarches de M. Bérard furent sans succès. Le concours de l'internat s'étant ouvert sur ces entrefaites, au moment où il ne savait de quel côté tourner ses efforts, il l'apprit, eut l'idée de concourir et le bonheur de réussir. Pour les deux frères, ce fut une révolution et la conquête d'un monde nouveau : le tablier de l'apprenti fut mis de côté, et bientôt arriva à Paris, avec A. Bérard, le reste de la famille, qui venait, sur la foi de l'avenir, stimuler de sa présence les efforts des courageux débutants.

Depuis ce moment les deux Bérard nous appartiennent, et je n'ai plus qu'à rappeler à votre souvenir des détails que vous savez aussi bien que moi. Reçu dans la petite chambre d'interne de son frère et partageant avec lui l'abri et les aliments accordés par l'hôpital, A. Bérard entame résolûment cette lutte désespérée dont il osait à peine envisager l'issue et dont il devait pourtant sortir bientôt vainqueur. Qu'ils sont déjà loin les jours inoccupés de l'enfance et les joyeux travaux de la jeunesse! Plus de loisirs, plus de repos. Les journées se passent à disséquer l'un près de l'autre; les nuits à analyser les auteurs, à étudier, à méditer ensemble. Jamais la main cruelle de la nécessité ne s'était si rudement appesantie sur la pauvre famille : tel était alors le dénûment des deux frères qu'Auguste, à peine vêtu, n'osait quitter l'hôpital, ni même la chambre.

Le concours de l'externat s'ouvrit enfin ; A. Bérard, qui s'y pré-

sentait après quelques mois d'études, eut la seconde place. Si petite que fût cette position, si infime que fût ce succès, il porta la joie et la confiance dans la retraite des deux frères : l'avenir d'A. Bérard était décidé; il avait à la fois la mesure et la conscience de sa force. On était en 1822. L'année d'après, il obtint la première place d'interne provisoire; et, au concours suivant, il figurait encore au premier rang sur la liste des internes définitifs.

Depuis lors on le vit, toujours guidé par la main fraternelle, s'avancer dans la carrière avec une incroyable rapidité et marquer tous ses pas par des succès. Partout où s'ouvrait un concours qui lui fût accessible, il se présentait, et partout il triomphait. Trois années de suite, il remporta les prix de l'Ecole pratique et sut ainsi conquérir sa réception gratuite. En même temps, il gagnait, aussi au concours, la place d'aide d'anatomie de la Faculté de médecine, puis celle de prosecteur.

Connu alors pour l'un des élèves les plus solides et les plus brillants de l'Ecole de Paris, chargé de couronnes et de distinctions, il ne lui restait qu'à soutenir sa thèse inaugurale, et il présenta pour cette circonstance un travail remarquable qui pouvait faire augurer que l'élève ne tarderait pas à se placer parmi les maîtres. Ce travail avait pour sujet la *luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas et de l'atlas sur l'axis*, maladie peu étudiée, que cette dissertation contribua à faire connaître en montrant son analogie avec les autres tumeurs blanches et en donnant de cette affection la première description dogmatique qui ait paru en France.

Désormais en possession du titre de docteur, A. Bérard voyait s'ouvrir devant lui un champ plus vaste : il lui était permis de prendre part aux concours de l'agrégation et du bureau central, qui devaient lui ouvrir les portes de la Faculté et des hôpitaux. Mais c'est dans le cours de cette même année, quelques mois seulement après sa réception, que commençaient les épreuves de l'agrégation en chirurgie; parmi les concurrents inscrits, on comptait des hommes d'un âge mûr, déjà connus dans la pratique, dans les académies, dans les hôpitaux : c'étaient Sanson, Maingault, Maréchal, etc.... Aug. Bérard dut se demander et se demanda en effet si l'époque du concours n'était pas bien rapprochée de celle où il venait de quitter les bancs et s'il n'y avait pas témérité à venir, lui si jeune encore, disputer une place importante à des hommes

vieillis dans le métier et recommandables par leur expérience et leur position acquise. Longtemps il balança, et il ne fallut rien moins que les instances de son frère et de ses amis pour vaincre les scrupules de sa modestie. Une fois décidé, il entra dans l'arène hardiment, comme il le faisait toujours, et ceux qui ont assisté à ce brillant concours en ont certainement conservé comme moi un ineffaçable souvenir. C'est à cette occasion qu'il écrivit en latin une *Dissertation sur les fonctions et les maladies de la moelle épinière*, dissertation qui était, pour employer les expressions d'un journal ordinairement peu prodigue d'éloges, admirable par la clarté, la précision des détails, ainsi que par l'élégance de la diction, la pureté et la lucidité du style. On remarqua beaucoup aussi une leçon, riche de faits et brillante d'exposition, sur les cas où il convient d'appliquer le trépan. Enfin, sa *thèse* en latin *sur les corps étrangers introduits dans les voies aériennes* est une précieuse monographie, pour la composition de laquelle il a mis à profit un nombre immense de faits et dont la lecture est aussi instructive qu'attachante.

Le succès obtenu par Aug. Bérard dans ce concours dépassa les espérances de ses amis, car il fut nommé à la première place.

L'année suivante (1831), il devenait, après deux brillants concours, chirurgien du bureau central, presque au même instant où son frère, déjà chirurgien des hôpitaux, obtenait à la Faculté de médecine la chaire de physiologie, qu'il n'a depuis cessé d'y occuper avec tant de distinction.

Quel succès et quel chemin parcouru dans le court espace de neuf années !

Aug. Bérard ne devait pourtant pas s'arrêter là ; il était de ces hommes infatigables et tenaces qui estiment n'avoir rien fait tant qu'il reste quelque chose à faire, et toutes ces positions si rapidement conquises n'étaient à ses yeux que des degrés pour s'élever jusqu'au faîte.

Le premier concours de professeur auquel il prit part avait pour objet la chaire de pathologie externe : c'était en 1833. Il n'avait pas encore accompli les cinq années de doctorat exigées par les règlements universitaires, et il fallut une décision du conseil de l'instruction publique pour qu'il lui fût permis d'entrer en lice. En 1834, il s'engagea dans un second concours pour la chaire de cli-

nique externe devenue vacante par la mort du célèbre Boyer. L'année 1836 le vit successivement disputer l'héritage chirurgical de Dupuytren, puis la chaire d'anatomie que venait de quitter le professeur Cruveilhier, appelé à l'enseignement de l'anatomie pathologique par le vœu de l'homme illustre qui fonda si généreusement cet enseignement dans notre Ecole. Enfin, la carrière se rouvrit de nouveau pour lui en 1841 et en 1842 par la mort inattendue des professeurs Richerand et Sanson. Ce ne fut qu'à la suite de ces dernières épreuves qu'Aug. Bérard remplaça Sanson à la clinique chirurgicale, et conquit, après dix années d'une lutte opiniâtre marquée par six brillants concours, cette position de professeur si longtemps et si ardemment poursuivie; dernier triomphe qu'il devait bientôt, comme son infortuné prédécesseur, expier par un triste et fatal retour de la fortune!

Pourquoi dans cette période si longue et si pénible de sa vie, pourquoi tant d'efforts inutiles? Pourquoi ces retards et ces lenteurs qui contrastent si singulièrement avec la vivacité de ses premières victoires? C'est que la révolution de 1830, en réformant le mode de nomination des professeurs, avait tout à coup lancé dans l'arène une foule d'hommes distingués, élite et réserve des générations précédentes, les Cloquet, les Gerdy, les Velpeau, les Sanson, les Breschet, les Blandin, qui venaient demander au concours la consécration de réputations et de positions faites, la récompense de travaux anciens, de titres laborieusement acquis; c'est qu'Aug. Bérard, encore jeune d'âge, quoique déjà vieux d'études et d'expérience, poussé par la rapidité de ses premiers succès, se trouvait tout à coup mêlé aux luttes d'hommes qui avaient été ses maîtres.

Il faut avoir vécu à cette époque de rénovation et de ferveur pour se faire une juste idée de la sensation produite dans le monde médical par le spectacle émouvant de ces batailles intellectuelles où se trouvaient engagés à la fois tant d'hommes célèbres par leurs études, leurs travaux, leurs services, leurs talents, leur renommée, et dans lesquelles se distinguèrent plusieurs des savants collègues que réunit autour de cette tribune la cérémonie de ce jour. Au contact de ces luttes passionnées, image adoucie des tournois antiques, les esprits s'animaient; jeunes gens, hommes mûrs ou vieillards, savants, écrivains ou praticiens, tous prenaient parti; cha-

cun choisissait son chevalier, chacun avait son héros, dont il épousait les idées, exaltait les mérites, partageait et souvent excitait les secrètes espérances. Qu'une telle ardeur ait enfanté des exagérations, personne n'en doute ; elle fut même quelquefois l'origine d'excès condamnables : mais n'était-ce pas aussi pour la jeunesse généreuse de nos écoles le mouvement, la vie, le principe d'une louable émulation, la source d'une noble ambition, celle d'imiter un jour les prouesses qu'ils voyaient si bien accomplir ?

A cette publicité de la lutte personne n'avait à perdre parmi les hommes dignes du succès ; et c'est une question de savoir si, au point de vue de la renommée, il ne fut pas préférable d'avoir quelque temps attendu la victoire. Avec de tels rivaux, les échecs honoraient souvent à l'égal des triomphes; le renouvellement de la lutte amenait de nouveaux efforts dont le public tenait compte, et l'estime qu'il accordait au vainqueur comme aux vaincus s'augmentait pour ces derniers d'un sentiment d'intérêt et de reconnaissance sympathique. Telle fut la destinée de plusieurs de ces rudes jouteurs, telle surtout celle d'Aug. Bérard, celui de tous dont le succès fut le plus retardé. Vieil émule des concours, comme l'a dit avec un grand bonheur d'expression l'un de nos plus illustres collègues à la Faculté de médecine (1), il avait conquis depuis si longtemps l'estime de ses juges et le respect de la jeunesse qu'il était déjà, au moment même où il entrait à l'Ecole, une de ses anciennes renommées.

Aug. Bérard était doué au plus haut degré des qualités nécessaires à l'homme qui se voue à l'enseignement, et il possédait également tout ce qu'il faut pour briller dans les exercices dont se composait un concours de professeur.

Ses leçons étaient aussi remarquables par le fond que par la forme. Il possédait une connaissance approfondie des matières chirurgicales, et tenait à honneur de faire passer dans l'esprit de ses auditeurs tout ce qui était dans le sien. Aussi excellait-il à analyser un sujet, à en établir les divisions naturelles, afin de ne rien omettre et de loger chaque détail à sa vraie place. De cette bonne

(1) M. Dumas, aujourd'hui sénateur et inspecteur général des études pour les sciences.

distribution des matériaux résultait une abondance et une clarté, que complétait encore la netteté et la précision de son langage.

Si embarrassante et si complexe que fût une question, il était rare qu'elle ne parût pas simple après que Bérard l'avait traitée. Aussi avons-nous plus d'une fois entendu faire cette réflexion, au moins naïve, qu'il avait le bonheur de mettre toujours la main sur les questions les plus faciles; et c'est ainsi que l'extrême lucidité de cet esprit logique a pu lui nuire auprès de personnes bien intentionnées d'ailleurs, mais assurément moins pénétrantes que lui.

Parmi ceux qui avaient la prétention de le connaître et de le juger, quelques-uns croyaient de bonne foi ou affectaient de croire et de répéter que sa facilité était factice et résidait surtout dans une admirable mémoire qui lui permettait d'apprendre et de réciter des leçons préparées à loisir. Il n'en était rien. Que, dans sa jeunesse et à l'occasion de ses premiers concours, il eût employé cet artifice ou se fût exercé à faire entrer dans un cadre préparé d'avance les sujets prévus des épreuves, la chose est possible, et c'est sans doute ce que chacun de nous a pu faire à la même époque de sa vie. Mais lorsqu'il arriva aux grandes luttes du professorat, il était bien au-dessus de ces petits moyens; il n'avait pas besoin de méthode artificielle, son esprit était méthodique. La mémoire avait en effet chez lui un développement extraordinaire, mais le jugement était dans des proportions égales; et il ne brillait jamais d'un éclat plus vif et plus réel que lorsqu'il soumettait à la critique de sa raison les faits et les documents nombreux que lui fournissaient ses souvenirs et son expérience. Il avait horreur du bavardage et des lieux communs, évitait les hors-d'œuvre et fuyait les remplissages, trop riche de son propre fonds pour recourir à des accessoires dont l'emploi accuse toujours une certaine indigence.

C'est dans l'argumentation qu'Aug. Bérard développait le mieux les qualités solides de son esprit; c'est là qu'il se recommandait par la justesse de sa pensée et de ses appréciations, la sûreté de son jugement, l'étendue et en même temps l'étonnante précision de ses connaissances. Il était plus fort, il en faut convenir, dans l'attaque que dans la défense. Scrupuleux comme il l'était dans ses citations et ses assertions, il lui convenait mieux de marcher sur un terrain exploré d'avance. Que de fois la crainte de hasarder

quelque chose ou d'affirmer un fait dont il n'était pas parfaitement certain a retenu sur ses lèvres un excellent argument! Que de fois aussi il lui est arrivé de dédaigner et de laisser sans réponse des attaques dont il avait dans sa puissante raison jugé la faiblesse et qu'il croyait devoir abandonner avec confiance au jugement du jury! On aurait pu peut-être dans ses premiers concours lui reprocher un excès de fougue et une ardeur trop vive à faire triompher son opinion. Ses contemporains n'ont sans doute pas oublié l'histoire de ce larynx qu'il fit apporter tout disséqué de son laboratoire pour démontrer à un compétiteur, depuis longtemps disparu de la scène des concours, la différence qui existe entre la glotte et l'ouverture laryngée supérieure. Mais depuis il s'était hien corrigé de ce défaut, et personne, à la fin de sa carrière, n'apportait dans cette épreuve compromettante plus de retenue, de modération, et surtout de loyale impartialité.

Les six thèses qu'il soutint à l'occasion de ses concours formeraient, ainsi que nous le disait naguère un de nos collègues les plus chers (1), un recueil curieux et plein d'intérêt. Une seule a pour sujet un point d'anatomie, la *structure du poumon*, et l'on s'étonnerait de trouver dans cette dissertation Bérard si supérieur, sous le double rapport de l'anatomie et de la physiologie, aux auteurs qui avaient écrit avant lui, si l'on ne savait qu'après avoir longtemps préparé le cours de son frère et celui de la Faculté, il professa lui-même avec succès pendant plusieurs années l'anatomie descriptive et chirurgicale, et que ce fut lui qui, sous le nom et la direction de son frère, rédigea les additions à la physiologie de Richerand.

Il n'est aucune des thèses chirurgicales d'Aug. Bérard qui ne constitue une monographie utile, et ne mérite de prendre place dans la bibliothèque du praticien jaloux de se tenir au courant de la science.

Sa *Dissertation sur les causes qui s'opposent à la consolidation des fractures* renferme l'examen le plus complet et l'appréciation la plus éclairée des circonstances qui influent sur la consolidation des fractures, et démontre que c'est d'après des assertions dénuées

(1) M. Larrey.

de preuves et en se copiant les uns les autres que les auteurs ont admis l'action malfaisante d'un grand nombre de maladies générales sur la formation du cal.

Dans sa *Thèse sur les divers engorgements du testicule*, il s'est appliqué, à l'exemple du professeur Roux, à déterminer d'une manière précise le sens et la valeur pathologique du mot *sarcocèle*, et trois engorgements jusque-là confondus sous cette dénomination, savoir les engorgements encéphaloïdes, squirrheux et tuberculeux, ont été par lui décrits isolément et différenciés avec tant de soin que cette distinction est désormais devenue classique.

Sa *Thèse sur les maladies de la région parotidienne et les opérations que ces maladies réclament*, outre qu'elle forme un traité complet sur la matière, contient une des collections les plus précieuses qu'ait jamais rassemblée l'infatigable activité d'un concurrent, celle de toutes ou presque toutes les observations d'ablation de la parotide que possédât alors la science, tant en France qu'à l'étranger.

Sa *Thèse sur les tumeurs de la mamelle*, composée la dernière est remarquable par la solidité de la doctrine et riche de remarques et de faits tirés d'une pratique personnelle alors ancienne et très étendue.

Mais aucune de ces thèses ne peut être comparée à celle qu'il composa lors du concours de 1836, ouvert après la mort de Dupuytren, *Sur le diagnostic chirurgical, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs*. Quelle intelligence que celle qui fut capable de rassembler, de coordonner, de mettre en œuvre en douze jours, avec un talent et une verve qu'on ne saurait assez admirer, tous les éléments d'un traité du diagnostic chirurgical, c'est-à-dire d'un ouvrage dont il n'existait jusque-là nul modèle, et qui a pour objet la partie la plus difficile et en même temps la plus importante de la chirurgie! Quelle prodigieuse capacité de travail et quelle présence d'esprit ne lui fallut-il pas pour former dans ce court espace de temps la curieuse collection de trois cents exemples d'erreurs de diagnostic, empruntés aux meilleurs chirurgiens et classés d'après un ordre rationnel basé sur la nature des causes qui ont provoqué l'erreur ou la méprise!

Indépendamment du mérite particulier de chacune de ces thèses, elles en ont un qui leur est commun à toutes : érudition solide et

de bon goût, exactitude rigoureuse des citations, sagesse et méthode dans l'ordonnance de la composition, simplicité et facilité dans l'exposition des faits, enchaînement rigoureux des idées et déduction logique des conclusions, indépendance et cependant réserve dans les jugements, telles sont les qualités par lesquelles elles s'élèvent au-dessus de ce que sont ordinairement ces morceaux de circonstance, enfantés sous la pression de la nécessité, et prennent le caractère d'œuvres sérieuses et durables.

La confection d'une de ces thèses improvisées est tout un art, art dont les difficultés et les finesses ne sont bien connues et bien senties que de ceux qui ont passé par l'étamine des concours, qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, et dans lequel Aug. Bérard était passé maître.

A peine le sujet de la thèse était-il sorti de l'urne que déjà le plan s'en arrangeait dans sa tête. Il ne quittait pas l'Ecole sans avoir visité la bibliothèque, choisi les ouvrages qui lui étaient immédiatement nécessaires et dressé la liste de ceux qu'il aurait à consulter plus tard. Rentré chez lui, il y trouvait la petite armée de ses collaborateurs et distribuait immédiatement entre eux le travail. C'est chose merveilleuse que l'aisance avec laquelle il savait mettre l'œuvre en chantier, employer ses aides et les faire concourir au but commun, chacun suivant ses forces et ses aptitudes, sans qu'il y eût jamais ni double emploi ni confusion. Il avait pour cela un talent particulier et un goût inné. Faire travailler les autres en leur donnant l'exemple était dans sa vocation scientifique. Que de fois ne l'avons-nous pas entendu dans ces jours d'entrain envier le sort du grand Haller, qui pouvait, disait-il, rassembler autour de lui les travailleurs par dizaines et utiliser jusqu'aux membres de sa famille pour l'exécution de ses grandes conceptions!

Semblable pourtant à un général vigilant et expérimenté, qui compte un peu sur les autres, mais n'est sûr que de lui-même, il se réservait, outre l'ordonnance du sujet, la rédaction de tous les points importants ou difficiles et n'abandonnait aux aides que des parties tout à fait accessoires. La réflexion était chez lui si prompte et les connaissances si précises et si présentes qu'il pouvait immédiatement prendre la plume et ne la poser qu'après avoir rempli dans la soirée même quinze à vingt feuillets. Il composait ainsi très rapidement et de suite de longs passages, prenant indifféremment

telle ou telle partie, à la fin, au milieu, au commencement, suivant la disposition du moment, sans autres interruptions que celles qui lui étaient nécessaires pour recevoir les communications de ses collaborateurs, relire les morceaux écrits la veille, consulter de loin en loin quelque document, ou même faire quelque visite indispensable, l'esprit toujours libre et calme, et sans donner aucun signe de fatigue, jusqu'au moment où le corps de l'ouvrage était achevé et où il ne restait qu'à relier entre eux les principaux fragments et à formuler l'introduction et les conclusions. C'est ce qui avait ordinairement lieu vers le sixième jour.

Un aréopage de choix était alors assemblé, devant lequel le manuscrit, lu lentement, était critiqué, discuté, amendé, modifié, avec autant de calme que s'il s'agissait d'un livre médité depuis longtemps et dont l'auteur aurait pu retarder à son gré la publication. C'est dans cette séance que s'éclaircissaient les pensées obscures, que se rectifiaient les jugements faux ou hasardés, que disparaissaient les opinions risquées ou compromettantes ; et le manuscrit n'était livré à l'imprimerie qu'après avoir subi cette dernière épreuve. Quant au style et à la correction du texte, c'était un peu l'œuvre de tout le monde : Bérard y attachait peu d'importance; il ne tenait pas à l'élégance, et, pourvu que sa pensée fût rendue clairement et sans amphibologie, il était satisfait.

La plupart des esprits, même ceux de premier ordre, n'agissent que par saccades; ils sont capables d'efforts puissants, mais intermittents, et le repos leur est nécessaire pendant les intervalles. L'esprit d'Aug. Bérard n'était pas soumis à ces nécessités. Ces concours, d'une si longue durée et qui se renouvelèrent tant de fois, n'étaient dans sa vie que de courts épisodes. Pareille à un fleuve, qui a ses débordements, mais qui coule d'un cours non interrompu, son infatigable activité s'exerçait sans cesse et ne s'épuisait jamais. A côté de la collection de ses thèses, ses mémoires originaux formeraient un autre recueil non moins riche et plus intéressant encore; car ces travaux, fruits de sa libre inspiration, portent l'empreinte de son génie propre.

N'attendez pas de moi, messieurs, l'analyse de travaux qui vous sont si familiers. Il suffira d'en tracer un tableau rapide, en insistant seulement sur quelques-uns des traits les plus saillants.

En première ligne se présentent ses *Mémoires sur l'appareil*

inamovible, la staphyloraphie, l'irrigation, les tumeurs érectiles et les varices, mémoires destinés à faire connaître les perfectionnements qu'il a apportés dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales graves. C'est là qu'il nous expose, avec une modestie charmante et une simplicité comparable à celle des anciens maîtres, la part qu'il a prise à l'introduction dans la pratique chirurgicale de l'irrigation continue, de ce moyen puissant qui a conservé bien des membres et sauvé bien des existences; qu'il nous apprend quel parti heureux et nouveau il a su tirer de l'appareil inamovible, en permettant aux malades affectés de fracture de la jambe de marcher dès le troisième jour; qu'il nous montre comment il a simplifié et rendu plus facile et plus sûre la belle opération créée par le génie de M. le professeur Roux, en passant les aiguilles, non plus d'arrière en avant, mais bien d'avant en arrière; qu'il nous met au courant des tentatives nombreuses et utiles auxquelles il s'est livré dans le but de perfectionner cette méthode de traitement qui consiste à exciter dans les tumeurs érectiles ou sur le trajet des veines variqueuses une inflammation obturatrice et salutaire.

Après ces travaux de thérapeutique chirurgicale, vient une *note* intéressante sur les *kystes séreux de la face et sur les abcès de la cloison des fosses nasales*, note qui contient la description de ces maladies nouvelles ou peu connues et l'indication des signes qui permettront à l'avenir de les distinguer d'autres affections plus communes avec lesquelles elles avaient été jusque-là confondues.

A cette note en succèdent trois autres sur la *kératite vasculaire chronique*, sur la *mydriase* et sur l'*opération de la cataracte*, tous sujets qui se rapportent à la pathologie et à la thérapeutique oculaires, dont il s'était, comme on sait, beaucoup occupé dans les derniers temps de sa vie.

Je ne saurais terminer cette revue sans mentionner en particulier le seul mémoire anatomique qu'ait produit A. Bérard : je veux parler d'un travail remarquable qu'il lut à l'Académie des sciences, travail dans lequel il expose la découverte qu'il venait de faire d'une des lois les plus importantes du développement du système osseux, et montre que, pour les extrémités des os longs, l'activité et la précocité de ce développement sont dans un rapport déterminé et constant avec la direction des courants artériels. On est surpris de trouver comme égaré au milieu de ces travaux de pratique chi-

rurgicale un mémoire d'un ordre si différent. C'est un souvenir fugitif donné aux études d'un autre temps; mais le chirurgien ne tarde pas à se remontrer : d'un travail de philosophie anatomique il sait bien vite faire sortir des déductions pratiques inattendues applicables à la pathologie et au traitement des fractures, et l'un de ses élèves, M. Guéretin, écrit sur ce sujet et sous l'inspiration de son maître un mémoire plein d'intérêt.

L'impression qu'on retire de la lecture de cette partie des ouvrages de Bérard lui est très favorable. Dans ses autres productions, où il traite sous forme dogmatique les questions de pathologie chirurgicale, l'homme disparaît derrière l'auteur; il se découvre davantage ici, et gagne à se laisser voir. On y lit avec plaisir une foule de faits instructifs, bien exposés, et dans le récit desquels il parle modestement de lui-même. Avec une abnégation pleine d'honnêteté, il sait faire au besoin le sacrifice de ses prétentions d'inventeur, et l'on sent qu'en écrivant il tient moins à briller qu'à contribuer au perfectionnement de l'art et au salut de ses semblables en répandant autour de lui les vérités utiles. La facture de ces mémoires est d'ailleurs très bonne, et le style plein de ce naturel qui n'appartient qu'aux esprits pratiques.

A. Bérard était un des auteurs du *Dictionnaire de médecine*, et sa coopération à ce grand ouvrage était fort active : les articles d'anatomie et de chirurgie qu'il a rédigés lui-même ou qui l'ont été sous sa direction et sous son nom sont au nombre de 80 à 90, et feraient la matière de plusieurs volumes. Il en est de fort importants, comme, par exemple, les articles *Carie, Nécrose*, *Exostose*, *Fractures, Néoplastie, Bec-de-lièvre, Maladies du crâne, du coude, des mâchoires, des membres*, etc.

Je ne parle pas d'une foule de communications faites aux divers journaux de médecine, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses élèves, communications qu'il laissait échapper chaque jour et comme en se jouant, et qui contiennent pourtant bien des richesses éparses : réflexions sur des points de pratique, opérations nouvelles instituées par lui ou répétées d'après les autres, modifications des procédés connus, observations curieuses par leur rareté ou par quelque circonstance insolite, etc.

Mais il me reste à dire un mot du *Compendium de chirurgie pratique*, de cette œuvre considérable, dans l'exécution de laquelle

il n'avait voulu, par un sentiment d'affectueuse confiance dont e m'honorerai toujours, s'engager qu'avec moi. C'est lui qui en avait eu la première pensée, et, lorsqu'il m'en eut parlé, nous nous accordâmes tous deux, contre le vœu de l'éditeur, à donner à notre ouvrage la forme d'un traité didactique de préférence à celle d'un dictionnaire. Le poids de cette entreprise était senti par Bérard, mais ne l'accablait pas. Il y pensait sans cesse, et s'occupait chaque jour à préparer et à réunir des documents pour cette œuvre de prédilection ; il avait fini par former pour chaque article une sorte de bibliothèque spéciale, composée non-seulement de livres, de thèses et de mémoires imprimés, mais aussi d'observations inédites, de fragments de ses leçons, de lambeaux écrits dans ses rares moments de loisir.

Dans les ouvrages faits en collaboration, comme le *Compendium de chirurgie*, il arrive le plus souvent que les associés, après s'être concertés sur le plan et les vues générales, se partagent le travail d'une manière plus ou moins égale, de sorte que le livre, placé sous le patronage de deux noms, n'est en réalité qu'une série d'articles dont chacun est l'œuvre d'un seul auteur. Ce n'est point ainsi qu'a été composé le *Compendium*. Si l'on en excepte quelques parties achevées par l'un ou l'autre de nous pendant que son collaborateur était empêché par un concours, on peut dire bien réellement de notre livre que c'est une œuvre collective. Malgré ses nombreuses occupations, Bérard trouvait toujours, grâce à sa prodigieuse facilité, le temps de jeter sur le papier, sinon une rédaction complète, du moins une esquisse très détaillée des articles en cours de composition. Ces canevas, tracés avec une incroyable rapidité, étaient sans doute incomplets, inachevés dans quelques-unes de leurs parties, incorrects dans leur rédaction; mais on y trouvait des indications utiles, des remarques judicieuses, des observations originales et, de loin en loin, quelques fragments traités avec soin et avec beaucoup de distinction, car son style s'élevait lorsque le sujet était à sa convenance. C'est sur ce fonds que j'avais à travailler moi-même, et tels étaient l'abandon et la simplicité modeste de l'ami que j'ai tant à regretter qu'il se reposait entièrement sur moi du soin de la rédaction définitive, me laissant la liberté d'ajouter à mon gré, de retrancher, de supprimer, de modifier, liberté dont j'ai souvent et largement usé, sans que jamais une réclamation,

une parole de reproche, aient troublé l'entente parfaite et la bonne harmonie qui régnaient entre nous.

De quel avantage n'était pas pour le public et pour moi-même la collaboration d'un homme si judicieux, d'un praticien si habile et si expérimenté ! C'est ce que chacun peut facilement imaginer ; mais ce que nul ne peut sentir comme moi, c'est le vide causé par sa perte. J'ai retrouvé sans doute dans un de nos jeunes collègues (1) un collaborateur aussi recommandable par les ressources de son esprit que par l'aménité de son caractère ; mais, qu'il me pardonne de le dire devant lui, il n'est personne qui puisse me tenir lieu de celui qui n'est plus, rien qui puisse remplacer cette collaboration pleine de charmes, dans laquelle j'avais grandi, qu'égayaient mille souvenirs du passé, et qui me faisait trouver le travail si facile qu'il ressemblait à un plaisir.

Assurément les travaux si nombreux et si importants que je viens de passer en revue eussent été plus que suffisants pour illustrer celui qui les a accomplis, et, si quelque chose étonne, c'est qu'ils aient pu être achevés pendant la durée d'une existence si courte ; mais A. Bérard ne fut pas seulement un écrivain fécond et une célébrité des concours, il fut surtout un chirurgien voué à la pratique et à l'enseignement de son art, et il conquit à ce double égard une renommée fondée sur des titres qui, pour laisser des traces moins visibles et moins durables, n'en sont pas moins réels et moins sérieux.

Nommé au bureau central des hôpitaux à l'âge de trente ans, il remplit successivement les fonctions de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de la Salpêtrière, de l'hôpital Necker, et de la Pitié. Sur ce grand théâtre, et au milieu de ces vastes ressources, les progrès d'A. Bérard furent rapides. Soumises au contrôle des faits qu'il observait lui-même, les idées qu'il avait puisées dans l'étude des auteurs s'affermirent sur quelques points, se modifièrent dans d'autres, et gagnèrent tout à la fois en rectitude, en assurance et en étendue. C'est là que son esprit put enfin prendre tout son essor; c'est là qu'il quitta en quelque sorte la robe prétexte pour revêtir enfin la robe virile et s'asseoir parmi les maîtres.

---

(1) M. Gosselin.

A l'hôpital, et près du lit des malades, A. Bérard était sur son véritable terrain. Les graves problèmes qui s'y trouvaient sans cesse posés convenaient à son intelligence calme et sereine. Dans les cas ordinaires, son coup d'œil était rapide, son intelligence et son jugement sûrs. Les cas obscurs, complexes ou insolites le mettaient rarement en défaut : grâce à ses vastes connaissances et à sa merveilleuse mémoire, il trouvait dans ses souvenirs des faits analogues, des objets de comparaison qui devenaient pour son esprit juste et pénétrant les éléments d'une opinion motivée. Cette puissance de diagnostic lui avait été très utile dans les concours, et lui donnait, dans la pratique civile, une grande autorité.

Ses manières simples et en même temps affectueuses, sa physionomie ouverte, calme, et douce, lui gagnaient bien vite la confiance des malades, et il la justifiait pleinement par le dévouement avec lequel il les soignait. Soulager ou guérir ceux qui avaient recours à lui, tel était le but de ses constants efforts : aussi ses recherches originales ont-elles presque toujours eu pour objet la thérapeutique, qu'il regardait avec raison comme la fin et la partie principale de la médecine; aussi, tout moyen nouveau destiné à augmenter les ressources de la chirurgie était-il bien accueilli par lui ; et, pour peu que ce moyen offrît quelque chance raisonnable de succès, il n'hésitait pas à le soumettre, avec toute la réserve nécessaire, au critérium de l'expérience.

Préparé par de fortes études anatomiques et par une longue pratique des dissections, A. Bérard était bien vite devenu un excellent opérateur. Il est juste de dire cependant qu'il maniait le bistouri avec plus de sûreté que d'élégance; mais il possédait une qualité bien autrement précieuse, c'était un sang-froid et une présence d'esprit imperturbables, qui ne se démentaient dans aucune circonstance, et dont il donna un jour un remarquable exemple. Il avait entrepris l'ablation d'une énorme tumeur fongueuse de la dure-mère, opération pour laquelle il avait été forcé d'appliquer seize couronnes de trépan. Au moment où il achevait l'opération, le malade eut une syncope qui fit craindre pour sa vie. Sans se déconcerter, Bérard appliqua à l'instant la paume de la main sur le cerveau et par cette simple manœuvre rendit la vie au moribond. Il avait compris que l'accident avait pour cause l'interruption brusque

de la pression à laquelle était habitué le cerveau, et qu'en rétablissant cette pression il remédierait à tout.

Celui qui était déjà un bon praticien et un habile opérateur et qui s'était distingué par ses publications et ses concours, celui-là ne pouvait être un professeur médiocre. La chaire de clinique chirurgicale est, comme on l'a dit avec raison, plus propre qu'aucune autre à fonder les grandes réputations, parce qu'elle donne l'occasion de joindre l'exemple au précepte; mais c'est aussi, par la même raison, une des plus difficiles à remplir, puisqu'elle exige un ensemble de qualités et de talents qui ne se trouvent pas souvent réunis dans le même homme. Ces qualités et ces talents, Bérard les possédait. Ses leçons de clinique se distinguaient par l'intérêt qu'il savait donner au récit des faits pratiques, la sagacité et la profondeur dont il faisait preuve dans la discussion des questions problématiques, la justesse de ses appréciations, la sûreté de ses jugements, la sagesse de ses résolutions et l'habileté qu'il déployait dans l'exécution des opérations. Joignez à cela un extérieur digne, une voix harmonieuse, une parole facile, beaucoup de bonté pour les malades, une grande affabilité avec les élèves, et vous comprendrez le succès de son enseignement, succès qui se fût encore augmenté si A. Bérard eût assez vécu pour arriver aux hôpitaux du centre, et qui l'eût infailliblement placé à côté de son frère parmi les professeurs les plus justement célèbres de la Faculté de Paris : exemple peut-être unique de deux frères, doués des qualités personnelles les plus brillantes et les plus aimables à la fois, unis par la plus douce intimité, poursuivant en même temps, avec un égal bonheur et par des moyens semblables, une même carrière scientifique, dans laquelle ils arrivent tous deux à conquérir, par le seul ascendant du mérite et du travail, la plus haute renommée et les positions les plus élevées!

L'homme distingué dont je viens de retracer devant vous les mérites, les travaux, les luttes et les triomphes, aurait pu, comme tant d'autres, faire suivre son nom du titre de membre d'une foule de sociétés savantes, françaises ou étrangères; il n'avait pour cela qu'à vouloir. Il ne voulut pas, et se montra toujours peu curieux d'un genre de distinction si vain et si facile à acquérir. Ce n'était pas dédain chez lui : il faisait cas de ces réunions où les hommes s'instruisent sans peine et rapidement par l'échange de leurs idées, et

où ils apprennent, au contact de tous les jours et dans la liberté de discussions familières, à se connaître et à s'estimer; mais, dans la simplicité de son esprit sincère, il ne comprenait pas le titre sans l'emploi. Aussi n'appartenait-il qu'à un petit nombre de sociétés, qu'il avait choisies, et dont il était, non pas un membre nominal, mais un des collaborateurs les plus actifs et les plus assidus.

Il était de la Société anatomique, de la Société de médecine, de l'Académie, et de la Société de chirurgie de Paris.

La direction de ses études et le grand nombre de ses occupations le tenaient depuis quelques années éloigné de la première de ces sociétés, et l'empêchait, à son grand regret, de fréquenter la seconde autant qu'il l'aurait voulu; mais il en avait longtemps suivi et partagé les travaux.

Les Bulletins de la Société anatomique sont remplis de communications qui attestent son zèle et son activité. Il fut secrétaire en 1830, et rédigea un compte rendu très remarquable des travaux accomplis pendant cette année. Je l'ai souvent entendu se plaindre des circonstances qui ne lui permettaient plus d'aller s'asseoir au milieu de cette jeunesse studieuse, ornement et espoir de nos hôpitaux et de notre Faculté.

La Société de médecine a gardé de son passage le meilleur souvenir; elle a voulu être représentée à ses funérailles, et l'orateur qui portait la parole pour elle (1) a fait entendre sur la tombe de l'ami qui venait d'être enlevé à l'affection de tous de touchantes paroles, dans lesquelles il a rappelé la part honorable que Bérard avait voulu prendre au cinquantième anniversaire de la Société, et la lecture d'un mémoire qu'il avait tenu à y faire entendre afin que la chirurgie ne manquât pas à cette fête de famille.

L'Académie de médecine le comptait depuis plusieurs années parmi ses membres les plus exacts. Il s'y était fait remarquer par des communications intéressantes et par des rapports travaillés et substantiels. Il ne se prodiguait pas dans la discussion, et ne prenait la parole qu'à propos. Aussi avait-il acquis dans cette compagnie beaucoup d'autorité et une grande considération.

(1) M. Sandras, médecin des hôpitaux de Paris.

C'est la Société de chirurgie qui le possédait le plus complétement. C'était bien la Société de son choix et de ses affections, que celle qui avait pour objet exclusif les progrès de cette partie de la science qu'il professait avec tant d'éclat, et dans chacun des membres de laquelle il retrouvait un camarade d'hôpital, un compagnon d'étude, un rival de concours, un ancien élève, et toujours un ami.

Le nom d'Aug. Bérard est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement que lui désiré la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace à atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches nécessaires pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution. C'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société. Celle-ci une fois établie, et lorsqu'il s'agit de constituer le bureau définitif, la présidence revenait naturellement à Bérard, et il y fut porté par l'acclamation unanime de la Société.

Les services qu'il rendit dans cette fonction sont inappréciables. Il en est d'une société naissante comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or, Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer suivant le besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. C'est un de nos collègues qui nous l'a dit (1), et je m'étaie d'autant plus volontiers de son autorité, qu'il fut lui-même un de nos meilleurs présidents : « Aug. Bérard avait su dès le début imprimer aux séances de la Société une marche si régulière qu'il n'a pour ainsi dire laissé à ses successeurs qu'une ligne toute

(1) M. Larrey.

» tracée à suivre. » Cette aptitude à conduire une discussion, qui se liait à la rectitude de son jugement et à la netteté de son esprit, était en lui un talent naturel, qui perçait continuellement, et qui avait été apprécié dans toutes les sociétés auxquelles il avait appartenu. C'est une histoire bien connue à la Société de médecine de Paris qu'au temps où Bérard en suivait régulièrement les travaux, quand il arrivait que la discussion s'égarât, M. Prus, alors président, avait l'habitude de donner la parole à Bérard sans qu'il l'eût demandée; et telle était sa connaissance approfondie de tous les sujets, même purement médicaux, son attention constante à suivre les discussions, sa facilité à les analyser, à les résumer et à les juger, que, quel que fût le sujet en litige, il répondait à l'invitation du président, jetait en quelques mots la lumière sur les questions les plus obscurcies, et ramenait la discussion à ses véritables termes.

Comme membre de la Société, la coopération de Bérard ne fut pas moins utile. Il encourageait nos efforts par son exemple. Les travaux de la Société s'ouvrirent par une communication intéressante de lui sur une forme particulière et non décrite d'anévrisme artérioso-veineux. Pendant les trois années qu'il passa au milieu de nous, son zèle ne se ralentit jamais; il manquait rarement nos séances, et seulement quand d'autres devoirs plus impérieux exigeaient ailleurs sa présence. Deux mois avant sa mort, et dans la séance qui précéda sa demande de congé, il nous entretenait encore des dangers des ponctions exploratrices, et nous exposait quelques vues originales sur les opérations pratiquées par la méthode sous-cutanée. Les communications qu'il fit à la Société sont nombreuses et presque toujours importantes. Je citerai seulement comme exemples ses observations sur la réductibilité et les battements de certaines tumeurs encéphaloïdes, ainsi que celles sur la possibilité de la résorption du tissu cancéreux. Son absence se fait souvent sentir au milieu de nous, et il nous serait bien nécessaire pour aider à la solution de certaines questions, telles que celle de la valeur des injections iodées dans les cavités séreuses, question qu'il avait soulevée parmi nous et qui est restée pendante et encore indécise jusqu'à ce jour. C'est dans la discussion de ces questions litigieuses que son intervention était particulièrement utile; c'est là que se découvraient tous les trésors de bonne observation,

d'érudition solide, de pratique intelligente, qu'il avait depuis longtemps accumulés; là qu'il nous ramenait, avec son sens droit et sa raison inflexible, à la vérité, loin de laquelle nous entraînaient parfois les brillantes mais dangereuses illusions de l'imagination.

Que pourrais-je maintenant ajouter que vous ne soyez prêts à dire comme moi sur l'agrément de ses manières, la modération de son esprit, la sûreté et l'honnêteté de son caractère, et cette constante bienveillance qui le faisaient universellement aimer. Après avoir traversé tant de concours et parcouru une carrière si agitée, au milieu des froissements, des mécomptes et des brigues qu'engendrent les luttes et les rivalités de ce genre, il n'avait conservé de ressentiment contre personne, et je ne crois pas non plus qu'il eût excité autour de lui aucun sentiment motivé d'hostilité. C'est qu'il était vraiment bon. « Sincère et fin, sage et gai, complaisant et » réservé, modeste pour lui-même et disposé à louer les au- » tres, dévoué pour ses amis et bienveillant au moins pour ceux » qui ne l'étaient pas, heureux de bien faire et de ce qu'on faisait » de bien, il répandait et vivifiait autour de lui tous les bons senti- » ments dont il était animé. »

Tel en effet nous l'avons tous vu dans ses relations avec ses confrères et ses élèves, et je suis heureux d'emprunter à l'un des membres de la Société de médecine (1) ce jugement si juste et formulé dans un si bon langage.

On rencontrait rarement A. Bérard dans le monde : il n'en avait ni le temps, ni le goût. Sa vie extérieure était si complétement consacrée aux autres que, dans ses rares moments de repos, il aimait à se replier sur lui-même et sur les siens. C'est là que, dans le cercle d'une étroite intimité, il se livrait sans contrainte à toutes les inspirations de son heureux naturel et découvrait dans son caractère des côtés que n'auraient point soupçonnés les indifférents. Il faut avoir assisté à ces scènes d'épanchement et d'abandon pour connaître entièrement Bérard et pour comprendre tout ce qu'il y avait d'imagination dans ce savant à formes si positives, de simplicité, de candeur, et d'aimable naïveté dans cette intelligence si supérieure ; c'était, avec l'esprit d'un homme, le cœur d'un enfant.

---

(1) M. Sandras.

Ses souvenirs le reportaient sans cesse aux premières années de sa vie, dans les beaux champs de l'Anjou, sur les coteaux de la Loire, et ses conversations favorites avaient pour objet les amusements et les petites aventures de sa jeunesse. Il n'imaginait pas de plus grand plaisir que de laisser là les affaires pour aller, tout seul avec sa famille, passer un jour entier à la campagne, dans le fond d'un bois ou sur le bord d'une rivière, et c'est ainsi que, dans les temps les plus occupés de sa vie, pendant ses concours même, il employait la journée du dimanche. Aller un jour chercher un long repos, suivi d'une mort tranquille, dans ces lieux, si charmants pour lui, où il avait goûté les premières joies de la vie, tel était le dernier terme de son ambition.

Ce vœu si modeste ne put pas être exaucé. C'est au moment où tout semblait lui sourire, quand, parvenu aux plus hautes dignités et aux honneurs de notre profession, dans la force de l'âge (1) et dans la toute-puissance de ses facultés, entouré de vieux amis et d'une jeune et charmante famille, il semblait avoir fixé la fortune si longtemps rigoureuse, c'est alors qu'une mort inopinée vint le surprendre et le renverser.

L'émotion profonde excitée dans tout le corps médical par ce funeste événement ne fut nulle part plus vivement ressentie que dans le sein de la Société de chirurgie, et celui de nos collègues qui porta la parole en notre nom sur la tombe de l'infortuné Bérard a pu dire avec raison que le vide produit par cette perte se ferait longtemps et cruellement sentir. Aujourd'hui, messieurs, que six années ont passé sur cette tombe, que la Société de chirurgie a pris une extension considérable, qu'elle s'est fortifiée par l'adjonction de jeunes titulaires aussi actifs que distingués, qu'elle voit sur la liste de ses honoraires et de ses associés les chirurgiens les plus célèbres de toutes les contrées de l'univers, qu'elle a eu l'honneur d'y inscrire le frère aîné de celui que nous avons tant regretté, je dis cependant que le vide n'est pas encore rempli et qu'A. Bérard nous manque. Oui, il nous manque; car si la Société n'a plus désormais le même besoin d'aide et d'appui, elle serait heureuse de se montrer dans sa splendeur nouvelle à celui qui la vit au berceau, qui guida ses premiers pas encore chancelants, et qui jouirait

(1) Bérard est mort à l'âge de 44 ans, le 15 octobre 1846.

si bien de ses progrès et de sa prospérité. Le sentiment que j'exprime ici, messieurs, est celui de la Société. Pourquoi, en effet, avoir voulu que cet éloge fût prononcé, sinon pour que, par ce qu'il a laissé de meilleur sur la terre, c'est-à-dire que par la mémoire de ses œuvres, A. Bérard fût encore aujourd'hui présent dans cette enceinte?

La Société de chirurgie, messieurs, a fait deux grandes pertes, celle de Marjolin et celle de Bérard : l'un qui fut le premier et longtemps le seul de ses membres honoraires, l'autre qui fut le premier de ses fondateurs et de ses présidents. Que la Société de chirurgie montre qu'elle sait honorer après leur mort ceux qui l'honoraient elle-même pendant leur vie. Déjà le buste du professeur Marjolin, de notre vénérable maître à tous, a été placé au-dessus du bureau, comme si son inspiration devait planer sur notre réunion : qu'un portrait du professeur A. Bérard décore également les parois de cette salle, afin que l'image de ces deux membres illustres soit présente à nos séances comme leur souvenir est vivant dans nos cœurs, afin que, par ces signes visibles, leur mémoire se perpétue chez nos successeurs, et qu'en contemplant ces nobles images l'étranger qui pénètre pour la première fois dans cette enceinte sache quel esprit nous anime et ce qu'on doit attendre d'une Société qui a pris pour exemples Marjolin et Bérard, ces deux hommes dont la vie a été la réalisation de notre belle devise :

Vérité dans la science, moralité dans l'art.

— La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Bouisson sur les hémorrhagies périodiques.

MM. Michon, Nélaton et Debout sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

Le vice-secrétaire de la Société, E. LABORIE.

Séance du 13 *octobre* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

M. le professeur Bouisson assiste à la séance.

Restauration de la lèvre inférieure à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse.

M. MICHON présente un homme âgé de soixante-huit ans chez

lequel il a restauré avec beaucoup de bonheur toute la lèvre inférieure, qu'il avait été obligé d'enlever dans un cas d'affection cancéreuse.

La tumeur avait débuté, il y a environ trois ans, par un petit bouton occupant la partie moyenne de la lèvre inférieure. Ce bouton, qui saignait au moindre attouchement, après être resté quelque temps stationnaire, ne tarda pas à envahir presque toute la lèvre et une partie du menton. Les dents, les gencives furent bientôt à nu, et alors il en résulta non-seulement de la gêne pour parler ou manger, mais une déperdition continuelle de la salive et une difformité rebutante.

L'état général du malade étant bon, M. Michon résolut d'enlever la portion de la lèvre ulcérée et de remédier du même coup à la perte de substance résultant de l'opération.

Ce fut dans les derniers jours de septembre qu'elle fut faite. Le malade ayant été soumis à l'action du chloroforme, M. Michon pratiqua une incision triangulaire, dont la base regardait la lèvre et le sommet s'étendait jusque vers l'os hyoïde; toute la portion malade ayant été enlevée, une incision latérale fut pratiquée à chaque commissure, et le lambeau fut disséqué franchement dans une assez grande étendue en haut et en bas, ainsi que la membrane muqueuse buccale, afin de pouvoir faciliter le glissement et permettre l'affrontement sur la ligne médiane. La dissection étant terminée, M. Michon rapprocha sur la ligne médiane les deux lambeaux et les réunit par une suture entortillée : les deux incisions latérales furent réunies par une suture en surjet, et la membrane muqueuse buccale disséquée maintenue par plusieurs points de suture de manière à remplacer la lèvre inférieure. Le pansement consista à recouvrir le bas de la figure et le cou de compresses imbibées d'eau fraîche ; au bout de trois jours, la réunion était complète.

Aujourd'hui, en examinant le malade, il est difficile de croire qu'il a pu subir une pareille opération, tant la réunion a été heureuse; la membrane muqueuse réunie sur la ligne médiane forme une sorte de frein ; la mastication et la parole ne sont nullement gênées.

Luxation du cristallin.

M. Larrey présente un jeune garçon qu'il a déjà soumis à l'at-

tention de la Société (séance du 16 juillet 1851) pour un cas rare de luxation spontanée du cristallin sans cataracte. Cette affection assez singulière avait été précédée dans l'enfance et par suite de convulsions d'une amblyopie double considérée comme myopie. Des phénomènes de synchysis furent observés quelques années plus tard dans l'œil gauche avec affaiblissement plus marqué de la vue de ce côté. Le malade fut admis enfin comme enfant de troupe au Val-de-Grâce dans le courant de juin de l'année dernière et observé pendant près de trois mois dans les conditions suivantes :

Le cristallin de l'œil gauche, paraissant enveloppé de sa capsule, avait franchi l'ouverture pupillaire et occupait visiblement la chambre antérieure en refoulant l'iris en arrière et sans offrir la moindre trace d'opacité. Le corps lenticulaire, demeuré ainsi parfaitement translucide, était mobile derrière la cornée, à tel point que, sous l'influence de certains mouvements ou par la dilatation soit spontanée, soit artificielle de la pupille, il reprenait aisément sa place normale pour la quitter de nouveau. C'était, en définitive, une luxation réductible du cristallin sans opacité, sans altération non plus de la cornée ou de l'iris, qui offrait cependant un certain degré d'oscillation (*tremulus iridis*), de même que l'humeur vitrée paraissait diffluente ou constituant le synchysis.

La complication antérieure d'amblyopie, autant que l'absence de tout accident, de toute inflammation dans l'œil, accoutumé pour ainsi dire à ce déplacement de l'une de ses parties constituantes, permettaient de temporiser jusqu'à ce qu'une indication précise exigeât une opération chirurgicale.

Le jeune malade est resté dans le même état pendant plusieurs mois, et ne s'est aperçu que vers le mois de février de cette année d'un changement de coloration dans son œil : le cristallin, toujours luxé, mais encore réductible, est devenu opaque, et la cataracte, bien appréciable aujourd'hui, permet de constater la mobilité de la lentille et la diffluence du corps vitré bien mieux qu'à l'époque où la transparence était parfaite. Il est possible que la résorption ait lieu comme à la suite de l'opération par abaissement, sinon il sera peut-être utile de pratiquer l'extraction avec tout le soin nécessaire pour éviter l'évacuation simultanée des humeurs de l'œil.

Tel est, ajoute M. Larrey, le but de cette nouvelle communication, à laquelle se rattachent quelques faits analogues mais non

semblables adressés à la Société de chirurgie et que nous aurons occasion d'examiner plus tard à propos de celui-là.

Tumeur pulsatile siégeant à la partie supérieure de l'humérus droit.

M. Demarquay présente un malade d'une quarantaine d'années, d'une constitution délicate; il y a un an, il éprouva des douleurs rhumatoïdes dans les membres supérieurs. Au mois de mai dernier, il s'aperçut qu'une tumeur se développait à la partie antérieure de l'humérus droit, au niveau de l'insertion deltoïdienne. Cette tumeur est allée se développant : elle a acquis un volume considérable; elle entoure tout l'humérus; elle est le siége de douleurs vives, lancinantes, qui empêchent le malade de dormir. Des pulsations artérielles se font sentir dans toute l'étendue de la tumeur; un bruit de souffle bien évident existe dans toute la tumeur, surtout dans la partie antérieure. La compression de la sous-clavière fait cesser les battements, ainsi que le souffle. Une mobilité anormale existe à la partie moyenne de l'humérus entouré de toutes parts par la tumeur pulsatile. Une aiguille à acupuncture, enfoncée à la partie externe, touche une portion d'os saine; mais, si on introduit l'aiguille à sa partie antérieure, on la traverse de part en part, ainsi que l'humérus, qui donne dans ce passage la sensation de lamelles osseuses déplacées par le corps que l'on a introduit.

M. Demarquay, en présentant ce malade, demande à la Société son opinion sur la nature de la tumeur et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Maisonneuve. Le fait très intéressant que vient de nous présenter M. Demarquay me donne l'occasion de formuler ici une pensée que j'avais déjà eue dans de semblables circonstances : il arrive assez souvent que la Société est consultée pour des cas très difficiles, d'un diagnostic obscur; loin de moi l'idée de priver la Société de l'examen de faits curieux; mais il me semble que dans ce cas il faudrait, puisque la Société est consultée, que l'examen fût fait moins légèrement; l'on ne pourrait qu'y gagner sous le rapport du diagnostic et de la thérapeutique. Mon avis dans ce cas serait de réséquer l'humérus plutôt que de pratiquer sa désarticulation.

Suite de la discussion du rapport de M. Gosselin sur le travail de M. Richet.

M. Lenoir. Je n'aurais que des éloges à adresser au rapport de M. Gosseliu, et je m'associerais volontiers aux doctrines qu'il contient si notre honorable collègue avait insisté plus qu'il ne l'a fait sur une distinction qui me paraît importante au double point de vue du diagnostic à établir et du traitement à employer dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de la tête de cet os. Vous savez que ces fractures sont de deux sortes : les unes, et ce sont les plus fréquentes, portent sur le col chirurgical, et les autres, qui n'ont été qu'assez rarement observées, portent sur le col anatomique. Or j'admets tout ou presque tout ce que le rapporteur de la commission a dit de la facilité qu'on éprouve à reconnaître les fractures du col chirurgical et de l'efficacité de la manœuvre que M. Richet décrit pour réduire l'extrémité de l'humérus déplacée, parce que dans cette fracture le fragment supérieur offre un certain volume et, partant, une certaine prise à l'action de nos moyens d'exploration et de réduction. Mais je conteste qu'il en soit ainsi dans la fracture du col anatomique ; je nie que, dans ce cas, il soit facile de reconnaître sur le vivant la luxation de la calotte osseuse et cartilagineuse qui forme le fragment supérieur de cette fracture ; je nie, jusqu'à preuve du contraire, qu'il soit facile de la sentir au milieu des parties molles du moignon de l'épaule, et je nie enfin qu'il soit possible et qu'il convienne de la replacer dans la cavité glénoïde à l'aide de pressions latérales directes. Je fonde cette opinion contradictoire sur l'étude de deux faits qui sont consignés dans les annales de la science, et sur celle d'un cas que j'ai été à même d'observer dans tous ses détails. Je connais, en effet, trois observations de fracture du col anatomique de l'humérus compliquée de luxation de la tête de cet os, auxquelles il faut ajouter le cas de M. Richet, si la solution de continuité de l'os a eu réellement lieu dans ce point, ce que je ne sais pas.

Vous voyez déjà par là que ce genre de fracture compliquée méritait qu'on en parlât d'une manière plus explicite.

La première de ces observations appartient à mon premier maître en chirurgie, à Houzelot père, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de

Meaux ; elle est mentionnée dans une note du grand ouvrage de Boyer, et elle a fourni à Delpech la matière d'un bon mémoire accompagné de planches, qu'il a consigné dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier*. La pièce anatomique doit exister aujourd'hui dans le cabinet du Val-de-Grâce, où je l'ai déposée de la part d'Houzelot. Cette observation a pour sujet un vieillard hémiplégique qui fit une chute du haut de son lit, et qui mourut des suites de cet accident au bout de douze jours. Dans ce cas, la tête de l'os était luxée en arrière dans la fosse sous-épineuse. Cette complication de la fracture avait été méconnue pendant la vie du blessé.

La deuxième observation est rapportée par sir Astley Cooper dans son beau *Traité des luxations ;* il n'est rien dit de l'âge du sujet : on sait seulement qu'il fit une chute de cheval dans laquelle il se fractura l'extrémité supérieure de l'humérus, en se luxant en même temps le fragment supérieur. Cette fracture était *intra-capsulaire*, et le déplacement de la tête de l'os avait lieu en avant du scapulum avec lequel elle contracta des adhérences osseuses : ce qui fut constaté par l'autopsie plusieurs années après l'accident. Le chirurgien qui donna les premiers soins au malade était le docteur Lucas, chirurgien de l'hôpital de Guy ; il ne reconnut pas la fracture.

La troisième observation est celle qui m'est propre, et dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir l'an passé. Elle est relative à une femme de quatre-vingt-huit ans, qui, dans une chute sur le côté, se fractura le col anatomique de l'humérus. Cette femme étant morte au bout de cinq à six mois de séjour à l'hôpital, nous trouvâmes, à l'autopsie, la tête de l'os passée à travers une large ouverture de la capsule articulaire et logée au-devant du plexus brachial sur lequel elle appuyait par sa surface inégale ; sa surface cartilagineuse et lisse regardait en avant : elle avait par conséquent, comme vous pouvez encore bien le voir sur la pièce que je vous présente, exécuté un mouvement de sens dessus dessous.

Voici donc trois cas de fracture du col anatomique de l'humérus compliqués de luxation de la tête de cet os, et dans lesquels la luxation concomitante de la fracture a été méconnue.

Y aurait-il eu dans ces trois cas inattention ou inhabileté de la part des observateurs ? ou bien le diagnostic aurait-il été, sinon impossible, au moins fort difficile à établir ? Un coup d'œil rapide

jeté sur les signes qui peuvent caractériser cette double lésion nous aidera à résoudre cette question. Rappelons d'abord que ces sortes d'accidents ne sont ordinairement produits que par une violence extérieure très forte qui porte presque exclusivement sur le moignon de l'épaule ; or une pareille violence amène toujours après elle un épanchement de sang considérable, du gonflement des parties molles et de la roideur des muscles contus, toutes circonstances qui, vous le savez, s'opposent à l'examen complet d'une fracture profondément située.

En second lieu, la déformation du membre luxé et fracturé est à peine sensible. En effet, quand la tête de l'humérus est séparée des tubérosités de cet os, ce qui reste de l'extrémité supérieure est encore assez volumineux et vient s'appuyer contre la cavité glénoïde ; aussi le moignon de l'épaule est-il seulement un peu plus déprimé que dans l'état normal. Je demande alors s'il est possible au chirurgien le plus attentif de reconnaître cette légère dépression, quand d'ailleurs il existe du gonflement des parties molles ? La crépitation, qui est le signe pathognomonique des fractures, n'est pas franche dans le cas qui nous occupe ; elle y résulte, en effet, de la mise en contact de la surface inégale du fragment inférieur de l'humérus avec la surface lisse et polie de la cavité glénoïde de l'omoplate, disposition qui ne peut donner lieu qu'à un frottement rude. Or la sensation de ce frottement portera le chirurgien à croire plutôt à l'existence d'une contusion de l'articulation qu'à celle d'une fracture. Reste maintenant la présence de la tête de l'os dans le voisinage de l'articulation : si elle était reconnue, ce serait sans contredit le signe le plus certain et de la fracture et de la luxation ; mais le gonflement résultant de l'épanchement sanguin dans les premiers jours et de l'inflammation dans ceux qui suivent ne s'opposera-t-il pas à la recherche de cette tête, et celle-ci, toujours si peu volumineuse, ne se présentera-t-elle pas dans des lieux et dans des positions tels qu'il pourra devenir impossible au chirurgien le plus expérimenté de la reconnaître ?

Pour ces raisons, je crois que de pareilles fractures compliquées doivent être et seront le plus souvent méconnues dans tout ce qui les constitue.

Je passe au second point. Peut-on et doit-on réduire la luxation dans ces cas ? Voici ce que dit Delpech à ce sujet :

« On peut sans exagération regarder toute réduction comme im-
» possible. Comment repousser la tête de l'humérus dans l'articu-
» lation ? comment la retourner de manière que les nouvelles sur-
» faces fussent en contact mutuel ? comment s'assurer du rétablis-
» sement des rapports naturels entre les fragments ? comment les
» maintenir coaptés, etc. ? Mais un doute plus important se pré-
» sente. Comment le petit fragment d'une pareille fracture aurait-
» il pu subsister ? Que l'on remarque que, par la conversion qu'il
» a éprouvée, son bord antérieur est devenu interne ou même pos-
» térieur, et *vice versâ*. Cette transposition avait dû détruire toute
» espèce de liaison entre cette pièce et le reste de l'humérus ; et,
» en effet, il ne restait que quelques petits lambeaux du périoste,
» qui subsistaient dans le point où les deux fragments se touchaient
» encore ; les insertions musculaires appartenaient toutes au grand
» fragment, et le petit se trouvait complétement isolé. Il est indu-
» bitable que cette pièce osseuse aurait péri, et que le corps étran-
» ger qu'elle aurait constitué n'aurait pu manquer de causer une
» inflammation des plus étendues et tout à la fois des plus dange-
» reuses, à cause de l'état de l'articulation. »

D'après cette doctrine, Delpech propose un peu plus loin d'extraire la tête de l'humérus luxée au moyen d'une incision pratiquée sur elle.

Je ne puis partager l'opinion du célèbre chirurgien de Montpellier sur la nécrose imminente du fragment déplacé et sur la nécessité de l'extraire, car deux des faits que j'ai rapportés plus haut militent contre elle. Ne voyons-nous pas en effet dans l'observation d'Astley Cooper la pièce osseuse luxée, loin de se nécroser, contracter des adhérences avec le scapulum, et, dans la mienne, rester cinq mois au milieu des parties molles de l'aisselle sans en déterminer l'inflammation suppurative ? Et sans doute elle y serait restée encore plus longtemps, car elle tenait au scapulum par quelques lambeaux de la capsule. D'ailleurs, ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur ? N'a-t-on pas vu quelquefois dans ces fractures la tête de l'os, privée de son ligament rond, rester dans la cavité cotyloïde sans s'y nécroser, quoiqu'elle fût éloignée du fragment inférieur ? Je rejette donc l'opération de Delpech, qui me semble grave en ce qu'elle tend à donner à une fracture déjà compliquée de luxation

la complication la plus redoutable en pareil cas, celle d'une plaie ; mais je partage complétement son avis sur l'impossibilité de la réduction. Et, pour mon compte, si j'avais de nouveau à traiter une semblable lésion, je ferais par principe ce que j'ai fait et ce qui se fera peut-être toujours par nécessité : j'abandonnerais la tête luxée à elle-même, je la laisserais se souder à l'os le plus voisin ou s'enkyster au milieu des parties molles, et je faciliterais par tous les moyens l'établissement d'une fausse articulation entre ce qui reste de l'os et de la cavité glénoïde.

En agissant ainsi, je crois avoir été plus utile à mon malade que si j'avais tenté chez lui une réduction qui n'offre qu'incertitude et dangers.

M. Maisonneuve. Tout en admettant la justesse de certaines objections de M. Lenoir, je ne puis m'empêcher de dire que son raisonnement pèche par la base. Oui, il y a quelques années, on aurait pu parler ainsi lorsqu'on était privé des agents anesthésiques, et qu'on ne pouvait examiner un malade affecté de luxation qu'en causant des douleurs intolérables. Actuellement qu'il est facile de plonger les malades dans un état d'insensibilité complète, il n'y a pas de point si petit que le chirurgien ne puisse explorer; de cette manière on peut arriver au diagnostic le plus minutieux : ce qui était impossible autrefois a cessé de l'être. Il en est de même pour obtenir la réduction des luxations récentes ou anciennes, et c'est là un point tout nouveau dans l'histoire de la chirurgie. Depuis que nous employons le chloroforme, j'ai vu bon nombre de luxations, et jamais je n'ai éprouvé la moindre difficulté dans la réduction. J'ajouterai qu'il y a un autre avantage bien grand dans l'emploi des anesthésiques, c'est qu'on n'a plus de fractures à redouter, comme cela est arrivé à des chirurgiens d'une grande habileté. On réduit les luxations avec le doigt, presque en jouant. Ce fait est surtout remarquable ponr les luxations coxo-fémorales. Je crois donc que M. Richet a parfaitement raison en conseillant de reconnaître les luxations compliquées de fracture et de chercher à les réduire, et je ne partage pas l'opinion de M. Lenoir, qui combat ces idées avec des raisons qui pouvaient avoir cours avant l'emploi des agents anesthésiques.

M. Roux. Bien que jamais l'occasion ne se soit présentée dans ma pratique d'observer un cas analogue, je demanderai à dire

quelques mots dans le but d'éclaircir la question. J'aurais désiré que M. Lenoir eût donné quelques détails sur le mécanisme de la lésion. La luxation est-elle consécutive ou antérieure à la fracture? Y a-t-il eu au contraire simultanéité dans la lésion? ce que j'ai peine à admettre; c'est là un point qu'il faudrait éclaircir. Quant à la conduite du chirurgien dans des circonstances semblables, mon avis est que si la luxation est récente, il faut la réduire.

M. Larrey, devant, à cause de l'heure avancée, réduire à la question du chloroforme ce qu'il se proposait de dire sur l'ensemble de la discussion, fait seulement la remarque suivante : Si M. Lenoir, d'une part, n'a peut-être pas assez tenu compte de l'emploi des anesthésiques dans les cas de fracture et de luxation simultanées, en se privant ainsi de la plus puissante ressource pour essayer de réduire la luxation avant de consolider la fracture; M. Maisonneuve, d'autre part, semble avoir exagéré les avantages du chloroforme dans les cas de ce genre. Ne doit-on pas supposer, en effet, que la cause contondante assez forte pour luxer et fracturer en même temps un membre est assez puissante pour déterminer l'attrition des muscles et paralyser momentanément au moins et en partie leur action contractile; de telle sorte que l'emploi des anesthésiques ne soit plus aussi nécessaire.

M. Larrey cite à l'appui de cette remarque un fait observé par lui au Val-de-Grâce vers le commencement de l'année. Un soldat de cavalerie avait fait une chute de cheval au milieu d'une manœuvre. Son coude gauche avait supporté toute la violence du choc contre le sol, et même un certain degré d'écrasement par l'un des pieds du cheval. Une luxation du cubitus en arrière paraissait compliquée d'une fracture partielle de l'articulation, et cependant la réduction de la luxation fut aussi prompte que facile sans l'emploi du chloroforme, et par le fait seul de l'attrition, de la paralysie et de l'insensibilité des muscles. Un bandage inamovible compléta la consolidation sans accidents consécutifs.

M. Huguier. Lorsque j'étais prosecteur, j'ai eu occasion d'examiner une pièce analogue à celle dont nous parlait M. Lenoir. C'était chez une femme âgée atteinte d'un squirrhe du sein. Au premier abord je crus que l'engorgement qui existait dans l'aisselle était consécutif; mais en continuant la dissection je constatai que la tête de l'humérus était séparée de l'os et placée entre le sous-

scapulaire et le grand dentelé; elle adhérait à l'os, et se trouvait à nu dans le creux de l'aisselle. Comme il n'y avait pas d'ankylose, il est probable que la malade se servait de son membre. Nul doute que la vitalité n'ait été conservée dans la tête de l'humérus, puisqu'elle adhérait.

M. Gerdy. Le point essentiel, c'est de tâcher de ramener autant que possible l'articulation à sa forme primitive; et lorsqu'on éprouve peu de peine, faire rentrer la tête de l'os dans la cavité articulaire. Maintenant, je crois qu'il n'y a aucun avantage à placer un corps étranger entre deux os. Cette manière d'agir peut déterminer des accidents; comment d'ailleurs être certain qu'on est arrivé à la coaptation des fragments?

Je crois aussi qu'il ne faut pas abuser du chloroforme; on revient à l'usage de l'éther, et je pourrais citer des praticiens habiles qui, après avoir employé des agents anesthésiques avec trop de hardiesse, sont actuellement tombés dans l'excès contraire. Quant à chercher à extraire la portion mobile de l'os, malgré tous les inconvénients qui peuvent résulter de sa présence, je crois que son extraction est tellement dangereuse qu'il faut y renoncer, et je partage entièrement l'avis de M. Lenoir.

Il est enfin un point sur lequel je voudrais fixer l'attention de la Société, c'est sur la difficulté de ne pas confondre le col chirurgical avec le col anatomique. Pour éviter cette confusion, j'ai proposé d'employer ces mots : col et collet.

M. Maisonneuve. On s'est beaucoup exagéré les inconvénients qu'il y a de prolonger l'emploi des anesthésiques. Très souvent il m'est arrivé de les employer deux, trois heures et au delà, sans qu'il soit survenu le moindre accident.

Quant à pratiquer l'extraction de la tête de l'os, ou à chercher à la réduire en opérant des tractions sur le membre, voici quelle est mon opinion. Ou la tête de l'os a encore conservé quelques adhérences, et alors elle est susceptible de vivre. Comme il faut mettre toutes les chances en faveur du malade, il faut chercher autant que possible à favoriser sa coaptation, sa soudure.

M. Lenoir. Je ne veux pas méconnaître les avantages que l'on peut tirer des anesthésiques; mais ils ne peuvent ici rendre que peu de services. Il ne faut pas en effet perdre de vue que dans ces fractures compliquées qui résultent de causes violentes les désor-

dres sont plus grands que dans les fractures simples; que l'épanchement sanguin et le gonflement sont si considérables, qu'il y a bien peu de chances de reconnaître la présence des fragments, et qu'enfin les anesthésiques ne peuvent lever que les difficultés qui naissent de la contraction des muscles.

M. Gosselin. La commission croit avoir insisté dans son rapport sur la difficulté du diagnostic, peut-être eût-elle plus insisté si elle avait eu à consulter un plus grand nombre de faits; mais ces cas sont très rares.

L'emploi du chloroforme, comme l'a fait observer M. Maisonneuve, a apporté de grandes modifications dans le traitement des luxations; aussi la commission a-t-elle cru devoir faire ses réserves. Ainsi il y a des cas où le chirurgien doit s'abstenir de les employer : quand le malade est dans la stupeur ou dans la syncope, car alors la réduction est facile.

Quant à dire si on doit chercher à réduire ou extirper le fragment, comme on n'est jamais sûr que le fragment se nécrosera, il faut suivre les indications.

M. Denonvilliers. Je crois que M. Richet a trop diminué les avantages qu'on peut obtenir du bras du levier; il serait convenable que le rapport en fît mention.

M. Forget. Dans son mémoire, M. Richet a donné trois ordres de preuves en faveur de la méthode : l'induction, la pratique et les expériences sur le cadavre. C'est sur ce dernier point que j'aurais désiré que la commission donnât son avis. Il y a là une lacune que j'aurais voulu voir combler. Puisqu'il a été question de la fracture du col du fémur compliquée de luxation, j'aurais désiré savoir si cette lésion a été bien constatée sur le vivant. J'aurais également désiré qu'il fût fait mention des recherches de M. Malgaigne; car elles auraient pu nous donner une idée de la rareté de ces lésions. En effet, sur 2,350 cas de fractures dont il a donné le relevé, on ne compte pas une seule fracture du col du fémur compliquée de luxation, et on ne trouve que deux cas de fracture du col de l'humérus avec luxation. Enfin, tout en rendant justice à M. Richet sur son intéressant travail, je crois qu'il n'est pas le seul qui ait parlé des avantages des anesthésiques dans ces fractures compliquées. M. Nélaton et plusieurs autres chirurgiens l'ont conseillé; je pourrais même me citer.

M. Giraldès. Je regrette que M. Richet se soit servi de la statistique de M. Malgaigne; car elle a été faite avec de mauvais documents. La science possède d'autres cas de luxations compliquées de fracture.

Je ne pense pas, comme l'a dit notre honorable collègue M. Richet, que la réduction de la tête de l'os n'est difficile que parce que l'ouverture de la capsule par laquelle elle s'est échappée est étroite. Loin de là, presque toujours il y a une large déchirure de la capsule.

Correspondance.

M. le docteur Bouisson, professeur de clinique externe à Montpellier, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse à la Société un mémoire inédit sur les hémorrhagies périodiques, et son *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique.*

M. Desormeaux, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, écrit pour obtenir le titre de membre titulaire. A l'appui de sa candidature, il adresse un mémoire inédit sur la luxation incomplète du tibia en avant.

M. Maisonneuve fait hommage de son *Traité pratique des maladies vénériennes.*

M. le professeur Mayor (de Genève), associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

Luxation de l'humérus avec arrachement de la grosse tubérosité. Conséquences de la position dans le traitement.

M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique sur laquelle on remarque une luxation récente de la tête de l'humérus en arrière.

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie est un carrier qui, en tombant d'une hauteur de 30 pieds environ, s'était, entre autres lésions, luxé l'épaule en arrière. La luxation avait été reconnue sur le vivant et réduite sans difficultés notables. D'autres lésions graves du côté du cerveau et de la poitrine ayant, au bout de quelques heures, amené la mort du malade, il a été possible d'observer la luxation libre encore de tout travail réparateur.

La tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, repose par sa partie interne sur la face postérieure du col de l'omoplate, immédiatement au-dessous de l'apophyse acromiale; la capsule fibreuse de l'articulation est déchirée dans sa partie supérieure, externe et postérieure. La grosse extrémité de l'humérus, entièrement arrachée, est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, et est entraînée par eux au-dessous de la voûte acromio-claviculaire. Les muscles petit-rond et præ-scapulaire ont conservé leur insertion humérale. Le tendon de la longue portion du biceps a déchiré la gaîne fibreuse qui le retient dans sa coulisse; le nerf circonflexe est intact, ainsi que le deltoïde.

Un fait curieux, dit M. Maisonneuve, ressort d'une manière patente de l'examen de cette pièce, c'est que si l'on réduit la luxation et qu'on laisse le bras appliqué contre le tronc, la grosse tubérosité de l'humérus, entraînée par les muscles qui s'y insèrent, reste éloignée de plus de 3 centimètres de son point d'arrachement, tandis que le contact parfait des fragments est obtenu si l'on place le membre dans l'élévation à angle droit.

En réfléchissant à ce fait, dit M. Maisonneuve, il me paraît possible d'en tirer des conséquences pratiques de la plus haute importance pour l'histoire et le traitement de certaines luxations de l'épaule. Il n'est aucun de nous, en effet, qui, dans le cours de sa pratique, n'ait eu l'occasion d'observer des luxations scapulo-humérales qui, réduites et traitées suivant les règles de l'art, n'en ont pas moins entraîné une perte plus ou moins complète des mouvements du membre. On a cherché l'explication de cet accident dans la paralysie du deltoïde, dans le développement d'une arthrite consécutive, etc.

Or, en rapprochant le fait que nous avons sous les yeux de plusieurs autres que nous avons déjà eu l'occasion de voir dans cette enceinte et d'un grand nombre que chacun de nous a certainement vus dans sa pratique, je crois qu'il est bien plus exact d'attribuer l'impotence du membre après certaines luxations de l'humérus à l'arrachement de la grosse tubérosité. En effet, outre que cet arrachement prive l'articulation de l'action si importante des muscles sus-épineux et sous-épinenx, il doit donner lieu à la formation de stalactites osseuses, irrégulières, qui opposent un obstacle mécanique au mouvement d'élévation du membre.

Cette explication n'est point une hypothèse ; il m'a été donné de constater le fait plusieurs fois, entre autres chez un homme qui s'était luxé les deux bras et qui, à la suite de cette double luxation, eut une fausse ankylose des deux articulations scapulo-humérales, bien que la réduction eût été opérée et que le traitement consécutif eût été dirigé suivant toutes les règles.

Jusqu'à présent je ne sache pas que personne ait donné des préceptes efficaces pour prévenir un tel malheur.

En examinant avec attention la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, je crois que l'on peut en déduire des règles thérapeutiques nouvelles.

Vous pouvez voir que, si, cette luxation étant réduite, on laisse le bras appliqué contre le tronc, les fragments se trouvent dans le plus grand écartement possible, et que par conséquent toutes les conséquences désastreuses dont je viens de parler devront survenir inévitablement, tandis que si le bras est maintenu dans l'élévation à angle droit, les surfaces de la fracture se trouvent dans un contact parfait, qu'elles se consolideront d'une manière correcte, et que plus tard il deviendra possible d'abaisser graduellement le bras et de rendre à l'articulation tous ses mouvements.

Je crois donc qu'il conviendrait de poser le précepte que, dans la luxation scapulo-humérale où l'on soupçonnerait l'existence de l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, le bras devrait être après la réduction maintenu, non plus appliqué contre le tronc, comme on le fait toujours, mais dans un état d'élévation forcée, ou tout au moins dans une position telle qu'il fît avec le tronc *un angle droit.*

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 27 *octobre* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

M. le professeur Sédillot et M. le docteur Michel, chef des travaux anatomiques à Strasbourg, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté après quelques modifications demandées par MM. Giraldès, Huguier, Forget, Larrey et Boinet.

— M. Morel-Lavallée a la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

Je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture de M. Richet, mais j'ai appris qu'il n'avait pas cité ma thèse : il était parfaitement dans son droit, à la condition cependant de ne pas dire que son sujet était neuf, car il me met dans l'obligation de lui rappeler que que j'y ai consacré une grande partie d'une thèse dont il était un des argumentateurs au dernier concours. C'est un oubli que M. Richet regrettera avec moi, j'en ai la conviction.

Une indisposition me tenait également éloigné de la séance où a été discuté le rapport de M. Gosselin. M. Gosselin a dit à peine un mot de ma thèse, et ce mot est une critique. Sans vouloir rouvrir une discussion à laquelle je n'ai pu prendre part, je me dois à moi-même une courte réclamation.

Je ne répondrai pas à la critique de M. Gosselin ; c'est un soin dont il s'est chargé lui-même. La voici : « M. Morel-Lavallée n'a pas de confiance, c'est M. le rapporteur qui parle, dans la pression directe, car il prévoit qu'elle peut échouer, et il propose dans ce cas d'autres moyens. »

Puis, un peu plus loin, M. Gosselin craint comme moi des insuccès, et pour ne pas amoindrir le procédé qu'il préconise : Quel est donc, ajoute-t-il, le moyen qui réussit toujours ? Et il indique ceux que j'avais indiqués moi-même. Ce n'était pas la peine de blâmer mon opinion pour l'adopter soi-même quelques lignes plus bas.

Ce qui m'a touché davantage, c'est le peu de compte que M. Gosselin a tenu de mon travail, surtout quand j'ai vu dans son rapport les mêmes faits, sauf un seul peut-être, qui m'avaient coûté beaucoup de recherches, le même fond, les mêmes conclusions. J'ai été surpris de cette manière peu équitable qui est échappée à M. Gosselin, et qui n'était certainement pas dans l'intention d'un collègue dont tout le monde connaît la loyauté.

M. Gosselin. Il n'a jamais été dans l'intention de la commission de faire en aucune manière la critique de la thèse de notre honorable collègue ; seulement il résulte des recherches bibliographiques qui ont été faites que le procédé de M. Richet avait déjà été employé avant qu'il en fît mention.

Seulement la commission a cru devoir faire ressortir que le tra-

vail de M. Richet était important, parce qu'il avait attiré l'attention des chirurgiens sur un point jusqu'alors peu étudié.

M. Morel-Lavallée. J'en appelle à la comparaison du rapport de M. Gosselin et de mon travail; elle montrera jusqu'à quel point ma réclamation était fondée.

M. Gosselin. Je crois, comme vient de le dire M. Morel-Lavallée, que chacun pourra juger la valeur de l'objection en lisant les deux travaux.

Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de remercîments de M. le professeur Arendt, de Saint-Pétershourg. Cette lettre sera déposée aux archives.

Ouvrages offerts à la Société par M. Danyau :

Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge;

A report of the practice of midwifery at the Wesminster general dispensary, During 1818, by Aug. Bozzi Granville;

Cursus der pratischen geburtshülfe, von docteur Ed. Lumpe.

Envoyés à la Société :

Vierteljahrsehrift für die praktische Heilkunde, IX Jahrgang 1852, vierter Band. Prag.

— M. Désormeaux lit un mémoire sur la luxation incomplète du tibia en avant.

MM. Larrey, Demarquay et Richet sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

Rapport sur le travail envoyé à la Société de chirurgie par M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, pour obtenir le titre de membre correspondant.

(Commissaires : MM. P. Guersant, rapporteur, Larrey, Morel-Lavallée.

Messieurs, le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, nous a adressé un travail pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société; vous nous avez chargés, M. Larrey, M. Morel-Lavallée et moi, de vous en rendre compte.

Ce travail consiste dans une seule observation fort intéressante de trachéotomie dans un cas de laryngite striduleuse; cette opéra-

tion fut suivie de succès, et M. le docteur Chapel, qui l'a pratiquée, accompagne cette observation de réflexions très pratiques et fait des remarques très judicieuses, mais qu'on peut discuter. Permettez-moi, messieurs, de vous résumer d'abord le fait.

Une petite fille de trois ans et demi, habituellement bien portante, fut prise tout à coup de spasmes le 24 septembre 1851 en mangeant une pomme cuite; la respiration devint sifflante, la toux rauque, enrouée, sèche et fréquente; le pouls donnait 120 à 130 pulsations. L'enfant ne souffrait pas de la gorge, n'y portait pas la main et dans les accès de dyspnée la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas, la face était couverte de sueur; après l'accès, la respiration redevenait libre, mais sifflante, et la fréquence augmentait quand l'enfant s'endormait; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le traitement a consisté en application de sangsues au cou, cataplasmes sinapisés aux jambes, frictions mercurielles au cou, lavements purgatifs, vomitifs, vésicatoire sur le sternum. Malgré ces moyens, persistance des symptômes avec calme dans la matinée après une nuit très orageuse.

Le 28 septembre, la respiration est fréquente, sifflante; il n'y a pas d'aphonie, il n'y a pas de fausses membranes : M. le docteur Chapel prescrit le traitement de Miquel par l'alun et le calomel. L'état ne change pas, l'asphyxie devient imminente. D'autres confrères réunis à M. Chapel furent d'avis de la trachéotomie; elle fut faite; on n'obtint ni fausses membranes ni corps étrangers; l'enfant guérit; on retira la canule le huitième jour. Vingt-quatre jours après, ayant eu froid dans une chambre humide, cette enfant fut prise de toux grasse et tout à coup le soir d'une suffocation extrême, qui céda à un vomitif qui fut répété jusqu'à trois fois à trois jours d'intervalle.

Enfin, l'enfant se rétablit complétement et depuis n'a rien éprouvé de particulier.

Notre confrère M. le docteur Chapel fait précéder et suivre cette observation des réflexions suivantes.

Il s'étonne d'abord que les médecins contemporains, et principalement mon père, n'aient pas fixé assez l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est très facile de confondre, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse et l'angine

laryngée striduleuse sans fausses membranes. Je ferai d'abord remarquer que M. Chapel fait erreur dans cette circonstance et qu'au contraire dans la première et dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine* mon père a cherché minutieusement à faire connaître les signes différentiels de ces deux affections dans son article *Croup*. Il a même fait remarquer que la laryngite striduleuse était ce qui avait été décrit sous le nom d'asthme de Miller; et, si on fait attention aux signes observés chez la petite malade qui fait le sujet de l'observation de M. Chapel, on trouve tous les symptômes qui caractérisent l'angine striduleuse spasmodique indiquée déjà par mon père dès 1823 et plus détaillée encore en 1835 dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*.

M. Chapel cherche ensuite à prouver par voie d'élimination des symptômes que la petite malade n'avait pas un corps étranger dans le larynx, et il le prouve suffisamment; mais si le corps étranger n'est pas resté longtemps dans le larynx, on pourrait bien penser qu'il y a déterminé une irritation et par suite une angine striduleuse spasmodique; en effet, il ne faut pas perdre de vue que les accidents se sont développés brusquement, lorsque l'enfant mangeait une pomme. Nous pouvons d'ailleurs citer deux observations dans lesquelles des corps étrangers introduits momentanément dans le larynx ont produit des angines striduleuses spasmodiques. Ainsi mon père dit dans son article qu'il a vu survenir cette maladie chez un enfant qui, en mangeant, avait avalé une arête qui avait simplement éraillé la glotte à son passage; la maladie dura cinq jours. J'ai vu moi-même avec M. le docteur Gubler, médecin des hôpitaux, une petite fille de cinq ans qui avait avalé un morceau de bois provenant d'un couvercle d'une boîte; elle fut prise tout à coup de suffocation; elle dit elle-même à sa mère ce qui venait d'arriver. Un médecin fut appelé, la fit vomir et les accidents persistèrent; il y avait des accès de suffocation, et dans les intervalles la respiration était sifflante. L'enfant, qui était dans les environs de Paris, fut amenée chez M. Durosier, pharmacien à la place Saint-Michel; M. le docteur Gubler fut appelé, et lui-même me fit demander, pensant qu'il faudrait peut-être faire la trachéotomie.

Je vis l'enfant le 24 juin à neuf heures du soir; elle avait avalé le corps étranger le 22 juin; je la trouvai dans l'état suivant : voix rauque, mais non éteinte; râles bruyants dans la poitrine, respi-

ration fréquente, bruyante, lèvres pâles; pas d'asphyxie imminente; pouls fréquent; point de mouvement de grelot dans la trachée. Je pense, comme M. Gubler, à l'existence d'un corps étranger; mais ne serait-il pas alors engagé dans une bronche? Nous croyons d'abord entendre la respiration moins d'un côté que de l'autre, mais cela n'est pas évident; nous plaçons la malade la tête en bas, les pieds en l'air; je lui comprime le larynx pour la faire tousser; elle ne rend rien, et, après avoir tenu l'enfant à peu près deux minutes dans cette position, nous la relevons; tous les accidents avaient cessé, et la nuit et les jours suivants elle n'avait pas autre chose qu'un peu de toux sans fièvre.

Le 18 juillet, vingt jours après notre visite, la petite fille fut prise tout à coup d'une suffocation, mais qui n'eut pas de suite, la face devint violacée; elle eut quelques mouvements convulsifs; elle disait qu'elle étouffait, et que cela la piquait au cou; elle crachait un peu de sang, et tous les symptômes cessèrent pour ne plus revenir.

Il y a aujourd'hui trois mois de l'accident, l'enfant est gaie et bien portante, et n'a plus aucun mal.

Il pourrait donc bien se faire que dans le cas rapporté par M. Chapel une petite portion de l'endocarpe de la pomme, qui, comme on le sait, est assez ferme et résistant, introduit plus ou moins longtemps dans le larynx, ait déterminé chez cette petite fille l'angine striduleuse, comme cette maladie a été produite chez l'enfant qu'avait vu mon père, et chez celui que j'ai vu moi-même avec M. Gubler; ces trois observations pourraient peut-être faire admettre une variété d'angine striduleuse traumatique sur laquelle on n'a pas fixé encore l'attention.

M. Chapel dit aussi qu'il ne pouvait pas y avoir d'œdème du larynx, parce que les symptômes fournis par cette maladie ne s'observent pas; mais cependant une infiltration légère du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx pourrait bien exister avec les symptômes observés chez le sujet de cette observation, sans qu'il fût très facile de le constater. C'était l'opinion de M. Gubler pour la petite malade que nous avons vue ensemble. Enfin M. Chapel termine ses remarques en disant que sa malade était affectée d'une de ces angines striduleuses spasmodiques pour lesquelles on a rarement occasion d'être forcé de pratiquer la trachéotomie. Cette opé-

ration a certainement été pratiquée dans des circonstances semblables par plusieurs opérateurs, qui devaient en agir ainsi à cause de la suffocation extrême où se trouvaient les malades. Aussi nous approuvons l'opération qu'a pratiquée notre confrère. Il y avait urgence, sa malade allait expirer. Mais si on a fait à la fin ce qu'on devait faire, a-t-on fait ce qu'on devait au début de la maladie? Je ne le pense pas, et je crois qu'avec une médecine plus rationnelle on aurait guéri la malade sans l'opérer. En effet, si on avait bien reconnu dès le début de la maladie que l'enfant n'était point atteinte d'une laryngite pseudo-membraneuse, mais bien d'une laryngite striduleuse spasmodique bien caractérisée : 1° par le début brusque des accidents; 2° par l'absence de fausses membranes; 3° par l'absence d'aphonie; 4° par la périodicité des accès, on aurait évité un traitement très nuisible contre lequel mon père et d'autres se sont élevés lorsqu'il s'agit de laryngite striduleuse, on aurait évité les sangsues, les vomitifs, les mercuriaux, les vésicatoires, qui ont tous contribué à exaspérer les symptômes nerveux; on aurait suivi avec avantage les préceptes donnés par Miller, qui vantait dans ces cas l'*assa fœtida*, ou bien tous les autres antispasmodiques, comme mon père les conseillait dans ce genre de laryngite.

Nous terminerons en disant que nous adoptons les conclusions du travail de M. le docteur Chapel. En effet, il conclut d'après son observation :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse n'est pas toujours une affection légère;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès, que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier.

La commission dont je suis le rapporteur reconnaît que l'observation de M. le docteur Chapel est fort intéressante sous tous les rapports, qu'elle est suivie de réflexions très justes et qui dénotent un excellent esprit. Elle ajoute aussi que M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, a fait dans les journaux de médecine plusieurs publications, qui toutes ont une valeur pratique véritable, dont la liste est jointe à son travail.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à la Société :

1° Que le travail de M. le docteur Chapel soit inséré dans les bulletins ;

2° Qu'il soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées à l'unanimité, M. le docteur Chapel est nommé membre correspondant.

Opération de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique.

La distinction des maladies du larynx pendant les premières années de l'enfance est dans beaucoup de cas d'une grande difficulté ; aussi signale-t-on les erreurs dans lesquelles sont tombés les meilleurs observateurs. Les travaux de Surine, de Vieussens et principalement de Wichmann, etc., ne firent pas disparaître complétement la confusion qui régnait dans la science au commencement du siècle entre le croup et la laryngite spasmodique. Il appartenait aux médecins contemporains, et principalement à Guersant, de fixer davantage l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est impossible quelquefois de ne pas confondre quand on n'est pas assez heureux pour en suivre la marche. L'observation suivante, qui m'a paru une nouvelle preuve de cette difficulté, m'a laissé dans le doute jusqu'après l'opération, que je pratiquai comme dernière ressource.

Le 28 septembre 1852, M. de M... vint me prier de voir son enfant, qui n'avait été visitée, me dit-il, que par un médecin voisin qu'il avait fait appeler dès le début de la maladie. Il me rappela qu'il avait déjà pris mon avis pour cette même enfant, qui portait des abcès thoraciques, que je fis disparaître en instituant un traitement général.

Cette petite fille est âgée de trois ans et demi, jouissant d'une santé parfaite depuis l'âge de dix-huit mois.

Le 24 septembre, à l'occasion d'une contrariété qui l'avait vivement impressionnée, elle est prise de symptômes tels que le médecin demandé n'hésita pas à dire aux parents que leur enfant était affectée du croup. Cette enfant mangeait une pomme cuite au moment où elle fut prise de spasmes. La peau n'était pas chaude, mais le pouls était fréquent et ne battait pas moins de 120 à 130 fois par minute. La respiration était sifflante, et la toux, qui était rauque, enrouée, sèche, était aussi fréquente. L'enfant n'avait pas perdu l'appétit; elle ne souffrait pas à la gorge, n'y portait jamais la main, et, lorsqu'un abcès de dyspnée arrivait, la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas; seulement la face était couverte de sueurs. L'accès terminé, la respiration continuait à être sifflante; point de ganglions sous-maxillaires engorgés, point de difficultés dans la déglutition. La respiration semblait devenir plus fréquente et plus sifflante aussitôt que l'enfant s'endormait.

On fit poser des sangsues au-devant du cou, appliquer des cataplasmes sinapisés aux jambes, faire des frictions mercurielles et administrer un lavement purgatif. Aussitôt après la chute des sangsues, on fit vomir l'enfant avec l'émétique; enfin, un vésicatoire fut appliqué sur le sternum.

Malgré l'emploi de nouveaux vomitifs, les mêmes symptômes n'en persistèrent pas moins pendant les trois jours suivants, avec cette particularité que l'enfant devenait calme dans la matinée après une nuit des plus orageuses qui faisait craindre que l'enfant ne succombât.

Les choses en étaient là quand j'examinai l'enfant, le 28 septembre dans l'après-midi.

La petite malade est assise dans son lit; la figure est calme, le teint coloré; la respiration, égale, sifflante, aussi difficile dans l'inspiration que dans l'expiration, compte 44 inspirations par minute.

La peau est chaude, sudorale; pouls à 130, régulier et médiocrement développé. La voix est aiguë, claire, entrecoupée par la rapidité de la respiration. A l'auscultation, je ne reconnais aucun symptôme qui puisse me faire croire à une complication dans la poitrine ou à la présence d'un corps étranger dans le larynx ou la trachée. Il n'y a pas de douleurs au-devant du cou, soit spontanées, soit par la pression; point d'engorgements autour de cette région. La langue est rosée, humide; la gorge, examinée avec soin avec une cuiller ou le doigt, ne présente aucune trace de maladie. L'enfant demande à manger pendant ma visite.

De quelle nature était la maladie que j'avais à traiter? Dans mon indécision, et croyant qu'il était prudent d'instituer un traitement pour combattre la maladie la plus grave, je conseillai de soumettre la malade au traitement de M. le docteur Mirante, et de lui faire prendre des paquets de calomel et d'alun, révulsifs, etc.

La nuit fut aussi mauvaise que les précédentes, ce qui engagea le père à m'écrire de venir au plus vite rendre la respiration à sa petite fille, qui avait été sur le point d'étouffer plusieurs fois. A cause de la distance qu'il y avait à parcourir pour me rendre auprès de la malade, je ne pus la voir que dans l'après-midi. Je la trouvai sensiblement dans le même état que la veille. M. le docteur Brault et M. Paris, médecin ordinaire, voulurent bien m'aider de leurs conseils. Nous convînmes ensemble qu'il fallait continuer le même traitement, qui serait surveillé par M. Paris.

J'appris alors que deux médecins qui avaient été consultés avaient émis l'opinion que l'enfant de M. de M... était affectée du croup, qui d'ailleurs avait causé une grande mortalité dans les environs.

Le lendemain je ne vis pas la malade, et j'appris que la nuit avait été un peu moins mauvaise; mais vers le soir la position s'aggrava, et les accès de suffocation furent tels

dans la nuit, que le père crut plusieurs fois tenir un cadavre dans ses bras.

Le 1er octobre, sollicité par mes confrères, et moi-même craignant de voir arriver la mort par suffocation, après avoir encore une fois examiné l'enfant, et lorsque j'eus la certitude que rien ne contre-indiquait l'opération de la trachéotomie, je fis disposer tout ce qui était nécessaire, et, procédant à l'opération avec lenteur, j'arrivai sur la trachée, que j'ouvris largement et avec toutes les précautions d'usage. Au moment où j'allais mettre l'enfant sur son séant, elle fut prise d'une telle suffocation occasionnée par l'entrée de quelques gouttes de sang dans la trachée, que je craignis un moment de voir la vie s'éteindre. Peu à peu la respiration se régularisa, et j'essayai d'introduire la canule, qui occasionna de nouveau un accès de dyspnée qui me força de la retirer au plus vite. Ce ne fut que trente-cinq ou quarante minutes après l'opération que je parvins à fixer définitivement la canule et que je fis porter l'enfant dans son lit.

La muqueuse de la trachée, examinée par mes confrères et moi, ne présentait aucune trace de phlogose ni de fausses membranes. Malgré les efforts de la petite malade et des recherches convenables, nous ne pûmes découvrir aucun corps étranger. Je ne fus pas plus heureux dans des recherches que je fis les jours suivants, ainsi qu'un de mes confrères, qui voulut bien m'aider dans mes investigations. La respiration se faisait alors avec la plus grande facilité, et il n'y avait aucune douleur.

Le lendemain, j'appris que pour la première fois depuis six jours la nuit avait été calme, et que l'enfant avait pu jouir d'un bon sommeil. Les mucosités n'embarrassant plus la canule et la respiration se faisant bien, je ne changeai rien. La peau est chaude; le pouls bat 130 à 140 fois à la minute; la figure est calme; l'enfant ne souffre pas; elle n'a voulu rien prendre. L'auscultation ne présente rien de particulier. — Lavement; bouillon.

Le 3, la nuit a été très tranquille; l'enfant a dormi à plusieurs reprises d'un bon sommeil. Elle a fait signe qu'elle mangerait bien. La peau est moins chaude. Après avoir nettoyé la canule l'enfant est portée dans son lit; elle respire avec la plus grande facilité et ne souffre pas. — Soupe; bouillon de poulet; lavement.

Le 4, à mon arrivée, l'enfant dort d'un sommeil fort calme. Le pouls bat 100 fois à la minute, la respiration marquant de 24 à 28 inspirations. Bonne chaleur de la peau. La respiration se fait bien dans toute l'étendue de la poitrine. Les nuits continuent à être tranquilles. L'enfant a pris avec plaisir ce que j'avais accordé. — Même alimentation; lavement.

Le 5, la nuit a été aussi bonne que les précédentes. L'enfant a été fort gaie et s'est amusée dans la journée. Il y a eu plusieurs quintes de toux; douleur à la gorge. La trachée ne présente aucune rougeur. La respiration ne peut encore se faire par le larynx. — Augmentation des aliments.

Le 8, ne pouvant revenir le 6 et le 7, j'avais prié le médecin ordinaire de vouloir bien me remplacer et de changer la canule tous les jours. Cet honorable confrère en ayant jugé autrement, je trouvai la canule complétement oblitérée, et la respiration, qui ne pouvait se faire qu'entre les valves de l'instrument, très gênée. La malade avait parlé à voix basse le matin, et se trouvait de mieux en mieux. La toux revenait à des intervalles très éloignés et sans quinte. La canule étant enlevée, je plaçai une compresse épaisse sur l'entrée de la plaie et j'engageai l'enfant à respirer, ce qu'elle fit assez bien. Je supprimai donc la canule en recommandant au père d'aller chercher le médecin s'il survenait le moindre accident.

Le 12, tout s'est passé suivant mes désirs, c'est-à-dire que l'enfant, qui ne porte plus de canule, dort, respire tranquillement, s'amuse comme si elle n'avait pas été malade. De temps en temps survient encore une quinte de toux qui la fait

expectorer des mucosités jaunâtres épaisses, rejet qui rend la respiration plus facile.

Le 13, le père m'apprend qu'il a fait sortir sa fille, qui est on ne peut mieux.

Le 1er novembre, je fus agréablement surpris de voir entrer dans mon cabinet M. de M... avec sa fille. Cette petite a pris froid dans une chambre humide et elle tousse depuis plusieurs jours. J'entends en auscultant des râles sonores dans toute l'étendue de la poitrine. — Vomitif, tisane pectorale, bains de jambes au sel.

Le 2, à huit heures du soir, M. de M... m'envoya chercher en toute hâte pour voir notre petite malade, qui avait été prise d'un accès de suffocation qui faisait craindre qu'elle n'étouffât. Ne pouvant me rendre à la prière de M. de M..., j'envoyai chercher un confrère, qui trouva l'enfant calme quand il arriva. Un vomitif avait été prescrit.

Le lendemain, il n'existait que la bronchite, que je conseillai de traiter par trois vomitifs donnés à trois jours d'intervalle, des révulsifs et une tisane de polygala.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs occasions de voir et d'examiner l'enfant de M. de M..., qui jouit de la meilleure santé. De tous ces accidents, il ne reste aux parents que le souvenir et à l'enfant qu'une cicatrice au-devant du cou.

Remarques. — La question de la nature de la maladie de l'enfant de M. de M... ayant été posée, j'arrivai, après discussion et en procédant par voie d'élimination, à rejeter la possibilité d'un œdème de la glotte, parce que le toucher ne m'avait pas permis de constater l'existence du gonflement des replis arythéno-épiglottiques, que la voix n'était ni éteinte ni même affaiblie, qu'il n'y avait rien dans le rhythme de la respiration qui pût caractériser cette respiration spéciale facile dans l'expiration et difficile dans l'inspiration, et qu'enfin la déglutition se faisait facilement. Si maintenant on veut bien remarquer l'extrême rareté de cette affection chez les enfants, qui n'avait pas été observée une seule fois par

Guersant pendant sa longue et laborieuse carrière médicale, il y aura de fortes raisons de croire que je n'avais pas à combattre un œdème de la glotte.

Pouvait-on admettre avec plus de raison l'hypothèse d'un corps étranger qui se serait introduit dans le larynx? Ce qui pourrait donner quelque créance à cette opinion, c'est le début des symptômes spasmodiques au moment où l'enfant mangeait une pomme cuite, dont un des débris aurait pu pénétrer dans le conduit aérien. Mais l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin à plusieurs reprises, n'avait fait découvrir dans le bruit respiratoire aucune altération qui pût se rapporter à la sensation que produit un corps étranger dans la trachée. D'autre part, ayant fixé l'attention des parents sur l'impression douloureuse que pourrait ressentir leur enfant au-devant du cou, principalement pendant les accès, cette petite fille, très intelligente, leur a toujours répondu qu'elle n'éprouvait aucune douleur. Pour n'omettre aucune des circonstances qui pouvaient servir à éclairer le diagnostic, j'ai voulu voir l'enfant s'amuser, changer brusquement de position; je l'ai même fait rire et tousser, sans que ces différentes épreuves apportassent aucune modification sensible dans l'état de la respiration.

J'ai noté dans mon observation que l'agitation se manifestait principalement vers le soir, et rendait la nuit tellement pénible, que le médecin ordinaire s'était retiré plusieurs fois croyant qu'il ne retrouverait pas le lendemain sa malade vivante. Cette modification dans les symptômes observés le jour et la nuit peut-elle dépendre de la cause que j'étudie? Je ne connais aucune observation qui puisse répondre affirmativement.

Si le corps étranger avait séjourné au-dessous de l'ouverture pratiquée à la trachée, ou bien il serait sorti, ce qui n'a pas eu lieu, ou bien il eût continué de déterminer les mêmes accidents qu'avant l'opération. Si, au contraire, il se fût arrêté dans le larynx, il pouvait s'y fixer et ne pas reproduire

le douloureux spectacle qui s'était offert avant l'opération de la trachéotomie ; mais l'air, venant de nouveau à passer par l'ouverture de la glotte, renouvelait les mêmes accidents qui s'étaient présentés, et force était de maintenir la canule en place. Enfin l'accès du 2 novembre, qui ne s'est plus reproduit, ne vient-il pas donner une dernière sanction à l'opinion que je soutiens en faveur d'un état spasmodique, et non à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes?

Les symptômes fournis par la voix et la toux pouvaient-ils faire penser qu'il existât une laryngite pseudo-membraneuse? La voix n'était ni complétement éteinte, ni même enrouée, pas plus que le cri, qui avait conservé son timbre à peu près normal. La toux, pendant tout le cours de la maladie, n'avait pas revêtu ce caractère de sécheresse et de raucité qui figure dans les périodes du croup. Mon observation ne mentionne pas cette angine si caractéristique, et qui sert pour ainsi dire, dans un bon nombre de cas, d'introduction aux fausses membranes dans le larynx, non plus que leur expectoration qui aurait servi si utilement au diagnostic. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point développés, la déglutition était facile, et quoique le pouls fût fréquent, la peau ne présentait pas les caractères de la fièvre.

Se trouvait-il seulement quelque débris de pseudo-membranes dans le larynx, comme cela paraît avoir été observé ? Si le larynx eût présenté cette altération de sécrétion, on eût observé une marche rapide de l'enrouement et de la suffocation. Donc une maladie caractérisée par l'absence de symptômes inflammatoires du côté de la gorge, ayant un début instantané, sans fièvre, sans altération sensible de la voix, présentant des accès qui se répètent toutes les nuits avec une intensité croissante, sans enrouement ni aphonie, ne peut être considérée comme une laryngite pseudo-membraneuse.

Ne faut-il pas faire rentrer maintenant la maladie de notre petite de M... dans la catégorie de ces croups nerveux dans

lesquels on n'a trouvé aucune trace de fausses membranes ni de phlegmasie ?

Les observations de Vieussens, de Guersant, de Lobstein, tout en témoignant en faveur de cette manière d'envisager la question, montrent que cette affection ne se présente pas toujours, comme le veulent encore quelques médecins, sous une forme bénigne. La mort par asphyxie, qui a été la terminaison dans plusieurs cas, rares il est vrai, devra éveiller l'attention des observateurs quand les accès se maintiendront au même degré ou augmenteront d'intensité, comme il est arrivé chez l'enfant de M. de M..., et qu'ils dépasseront trois à quatre jours.

Ce sont toutes ces considérations qui me déterminèrent à ouvrir la trachée à une période de la maladie où tout espoir de conserver la vie de cette enfant m'était enlevé, et où m'apparaissait déjà le bien triste avantage de pouvoir fournir, à l'aide de l'anatomie pathologique, quelques renseignements pour servir à démontrer s'il existe un enchifrènement de la glotte, ou si, comme je le pense, l'élément nerveux est l'élément principal, sinon unique.

Ne suis-je pas autorisé à conclure de tout ce qui précède :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse simple n'est pas toujours une affection légère ;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier?

Hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature.

M. Sédillot entretient la Société d'un cas de hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature tout à fait anormal. En effet, après l'opération, pratiquée à l'hôpital de Dijon, le malade a présenté quatre ouvertures distinctes et compliquées de renversement de la membrane muqueuse. Deux des bouts de l'intestin ont été réunis à la suite de l'application de l'entérotome, et les selles se

sont rétablies; mais il reste encore aujourd'hui deux ouvertures avec renversement de la muqueuse, sur l'oblitération desquelles M. Sédillot demande l'avis de la Société.

M. Denonvilliers. Un des résultats les plus difficiles à obtenir dans le traitement de l'anus contre nature est, en effet, l'occlusion définitive du cloaque dans lequel aboutissent les deux bouts de l'intestin, et les moyens conseillés jusqu'à présent sont loin d'avoir toujours l'efficacité désirable. Cette difficulté, très réelle dans la plupart des cas même les plus simples, s'augmente encore dans ceux qui présentent, comme le fait que nous a communiqué M. Sédillot, des complications inusitées et des circonstances insolites. Aussi comprendrez-vous parfaitement la sollicitude et l'embarras de notre honorable collègue, embarras qu'il nous est arrivé plus d'une fois déjà d'éprouver, comme lui, en pareille occasion.

Nous n'hésiterons donc pas à lui faire connaître une opération nouvelle et ingénieuse qui n'a pas jusqu'ici reçu toute la publicité qu'elle mérite, et dont nous désirons bien vivement qu'il puisse tirer parti pour la guérison de son malade.

Il y a trois ans environ que cette opération fut pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine ou à l'hôpital Saint-Louis, par M. Nélaton, sur un jeune malade intéressant à d'autres égards, qui portait dans le flanc droit un large anus artificiel, contre lequel avaient échoué jusque-là toutes les tentatives et l'emploi des moyens ordinaires. L'opération consista :

1° A disséquer le cloaque par sa partie externe, en s'avançant à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine, qui fut respecté;

2° A profiter de cette dissection pour fermer l'ouverture en en reployant les bords et en maintenant accolées l'une à l'autre, au moyen de la suture de Gély, les surfaces saignantes;

3° A recouvrir la plaie d'un pont de parties molles emprunté aux téguments voisins, et fixé dans sa position nouvelle par plusieurs points de suture.

L'indication d'une opération de ce genre, pratiquée par M. Malgaigne, se trouvait déjà dans le *Manuel de médecine opératoire* de ce professeur. Entre les deux opérations existe toutefois cette différence, que celle de M. Nélaton comprend un temps de plus, la formation d'un lambeau autoplastique large et bien nourri, destiné à produire l'occlusion immédiate de la plaie, circonstance qui est à

la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre le retour complet de l'anus anormal dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans son entier. L'événement a justifié, dans le fait observé par M. Nélaton, les sages prévisions de ce chirurgien. La cicatrisation de la plaie intestinale n'ayant pas été complète, la conséquence de l'opération a été de transformer un anus contre nature en une simple fistule stercorale assez petite, et dont la guérison a pu être obtenue plus tard, après plusieurs mois de traitement, à la vérité, mais sans qu'il ait été nécessaire de recourir de nouveau à l'instrument tranchant.

Depnis lors, j'ai eu moi-même à pratiquer, suivant les indications posées par MM. Malgaigne et Nélaton, l'opération nouvelle. Il s'agissait d'un vaste anus artificiel établi dans la région crurale droite, à la suite d'une hernie intestinale étranglée gangrenée. Au bout de vingt jours la malade était complétement guérie et la plaie extérieure fermée. La malade est encore actuellement dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où tout le monde peut la voir; et depuis deux ans qu'elle a été opérée, elle n'a éprouvé aucun accident du côté du canal intestinal, bien qu'elle ait conservé une hernie dans le point même sur lequel ont agi les instruments. Mon opération a présenté dans le manuel plusieurs particularités importantes qui la font différer un peu de celle de M. Nélaton; mais je n'y insisterai pas ici, me proposant de faire de ce point de chirurgie l'objet d'un mémoire qui sera lu à la Société.

Je ne terminerai pas cependant sans faire remarquer que cette opération, véritable et précieuse conquête de la chirurgie moderne, est appelée à compléter, dans beaucoup de cas, la thérapeutique des anus contre nature, restée jusqu'ici imparfaite encore, malgré les excellents principes posés à cet égard à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, tant en France qu'à l'étranger, par Desault, Smakalden, Physick et Dupuytren.

Taille périnéale pratiquée dans des circonstances insolites.

M. Deguise fils communique l'observation suivante :

« Il y a trois semaines, je fus consulté par un cultivateur habitant la commune de Bonneuil (Seine) pour une tumeur qu'il portait au périnée. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, occupait le côté gauche de cette région, s'étendait en bas jusqu'à près de deux cen-

timètres de l'anus, en haut jusqu'à la racine des bourses, était bornée en dehors par le pli crural et dépassait un peu en dedans le raphé. Elle était dure et bosselée; la peau, d'un rouge érythémateux, présentait une foule de petits enfoncements ou culs-de-sac, ou bien de véritables trajets fistuleux laissant suinter de l'urine.

» Cet homme, âgé de soixante-quatorze ans, avait été taillé par mon grand-père il y a cinquante ans. A la suite de cette opération, il était resté une fistule au périnée, laquelle, depuis cette époque, donnait passage à une certaine quantité d'urine, ou bien se fermait de temps à autre, mais jamais pour longtemps. Comme, en somme, la plus grande partie des urines s'écoulait par la verge, mon vieux client de famille s'était habitué à cet état de choses, et ne serait probablement pas venu réclamer mes soins si depuis un mois il n'avait ressenti des douleurs assez vives au périnée, ainsi que dans le canal, surtout pendant l'émission des urines, dont il ne se débarrassait plus qu'avec une certaine difficulté.

» J'ai dit que la tumeur était d'une dureté extrême; lorsqu'on cherchait à lui imprimer quelques mouvements, on percevait très manifestement un bruit particulier, une sorte de crépitation analogue à celle qui serait sentie en pressant une bourse dans laquelle on aurait placé de petits cailloux. Un stylet poussé par l'un des orifices fistuleux tombait directement sur un corps dur et produisait un choc caractéristique. J'avais affaire à un calcul périnéal.

» J'introduisis une sonde ordinaire par l'urètre, puis successivement trois autres plus petites sans pouvoir franchir la portion membraneuse. Néanmoins, par cette voie je ne sentis aucun calcul, et je crus être autorisé à m'expliquer la difficulté du cathétérisme par la pression seule du calcul périnéal.

» Comme j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer de ces calculs et qu'il m'avait suffi de faire une simple incision au périnée pour les extraire avec la plus grande facilité, je ne me munis d'aucun instrument particulier le jour où je me rendis auprès de mon malade pour le débarrasser de ce que je ne croyais être qu'un calcul dans l'épaisseur du périnée. L'expérience m'ayant démontré que ces sortes de calculs étaient ordinairement multiples et d'une friabilité extrême, témoin les échantillons de ceux que je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société, je pris seulement une pince à polypes nasaux pour me faciliter l'extraction des fragments que je

m'attendais à rencontrer, surtout si l'un d'entre eux proéminait dans l'urètre.

» Je me proposais donc : 1° de fendre le périnée jusqu'à la poche renfermant le calcul; 2° de l'extraire; 3° de circonscrire par des incisions rendues elliptiques la plus grande partie des téguments du côté gauche du périnée, et d'enlever avec le kyste tout ce tissu inodulaire qui était traversé par les fistules dont j'ai déjà parlé.

» En conséquence, assisté par mon honorable confrère M. Monfray, je pratiquai sur le côté gauche du périnée, à trois centimètres de l'anus, une incision horizontale débordant le raphé et le pli génito-crural. Les tissus rencontrés par mon bistouri étaient tellement durs qu'il me fallut inciser à plusieurs reprises avant d'arriver à la poche. De plus, ces tissus prêtèrent assez peu pour que, malgré l'étendue de mon incision, je ne pusse suffisamment dégager le calcul. Je fus donc dans l'obligation de faire une seconde incision coupant verticalement la première de bas en haut. C'est alors seulement que je vins à bout de détruire les adhérences du calcul avec le kyste qui le renfermait.

» Voici ce calcul : vous voyez que son volume et sa forme sont ceux d'un marron de moyenne grosseur; il est pesant et très dur; les rugosités qu'il présente à sa surface expliquent les adhérences qui l'attachaient au kyste. Ce qu'il offre de plus remarquable est une petite facette lisse et polie qui m'apprit de suite qu'il n'était pas unique et que, par cette facette, il devait s'articuler avec un second calcul. En effet, en introduisant profondément un stylet, je perçus un nouveau choc. La poche périnéale était vide, mais il existait un calcul dans l'urètre.

» J'eus recours pour l'extraction de ce second calcul à mes pinces à polypes; mais l'ouverture de communication avec la poche n'était pas suffisante pour permettre l'écartement des mors de l'instrument. Je fendis donc l'urètre de bas en haut, et cette fois je pus pénétrer. Malheureusement en cherchant à saisir la pierre je la sentis fuir, puis disparaître; elle était tombée dans la vessie.

» Que faire? Me repentir de n'avoir point prévu la nécessité d'un appareil instrumental? Cela n'avançait à rien. Laisser cet homme et courir chez moi chercher ce qui me manquait? Mais c'était faire quatre lieues. Je pris immédiatement mon parti : l'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie jusque dans

l'urètre, j'incisai de nouveau, mais en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, de manière à intéresser la prostate dans l'étendue d'un centimètre environ, et je plongeai aussitôt dans la vessie mes pauvres pinces à polypes. Mas j'eus beau les entrer jusqu'aux anneaux, les tourner et retourner dans tous les sens, il me fut impossible de saisir la pierre. C'est alors que j'eus l'idée d'introduire deux doigts de la main gauche dans le rectum, après avoir fait un peu relever le malade; puis en arc-boutant le coude contre un de mes genoux et en pressant de toutes mes forces, je parvins à ramener la pierre assez près du col pour la saisir et en faire l'extraction.

» Ce deuxième calcul que je vous présente est aussi dur, aussi pesant, aussi inégal que le premier; sa forme est allongée; il a 5 centimètres de longueur; la circonférence de son axe mesure 6 centimètres; il se termine en pointe en avant, se recourbe en arrière, et simule assez bien pour la figure un pénis avec le scrotum. La portion allongée occupait la région prostatique, la portion recourbée et renflée baignait dans la vessie. Il offre deux petites facettes pour s'articuler, l'une avec le premier calcul déjà décrit, la deuxième avec un troisième calcul de la grosseur d'un pois, et qui, à part son volume et sa forme, est exactement de la même nature que les autres.

» La fin de mon opération n'a plus rien offert de remarquable; elle s'est terminée par l'ablation des trajets fistuleux, ainsi que de tous les tissus indurés.

» Depuis quinze jours que cette taille a été pratiquée, il n'est survenu aucun accident et la cicatrisation de la plaie marche avec rapidité. Tout, en un mot, me fait espérer une guérison prochaine. Au surplus, je me ferai un devoir d'instruire la Société de ce qui pourra survenir ultérieurement. »

Le secrétaire de la société, MARJOLIN.

Séance du 3 *novembre* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. LENOIR, à l'occasion du procès-verbal, fait quelques observa-

tions relatives à la communication faite par M. Sédillot dans la dernière séance; il voudrait que ce fait, qui offre plusieurs particularités très remarquables, fût communiqué dans tous ses détails.

Correspondance.

M. le docteur Borelli, de Turin, adresse plusieurs nouvelles observations relatives à l'emploi des injections iodées. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de l'examen de cette question.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, élu récemment membre correspondant, une observation d'éclampsie, qui pourra être lue dans une prochaine séance et renvoyée, s'il y a lieu, au comité de publication.

Dons faits à la Société.

M. Larrey fait hommage à la Société des huit premiers volumes des *Comptes-rendus de l'Académie des sciences.*

M. Giraldès fait hommage des ouvrages suivants :

Lectures ou *The principles and practice of surgery*, by sir Astley Cooper ;

A treatise on the inflammations of the eyeball, by Arthur Jacob ;

De urethræ stricturis omnibusque tractandi eas methodis, auctore Sigismund Saulsonhn ;

Cases of diseased bladder and testicle, by William Wadd ;

Recherches sur le manuel de l'opération de la taille sous-pubienne chez l'homme, par Maurice Carcassonne;

Mémoire sur le bandage amidonné dans les fractures et de l'opportunité de son emploi, par M. de Lavacherie ;

Sa thèse sur les luxations de la mâchoire ;

Sa thèse sur le degré d'utilité de l'anatomie comparée dans l'étude de l'anatomie humaine.

M. Follin dépose sur le bureau les trois premiers volumes des *Comptes-rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie.*

M. Chrestien, de Montpellier, adresse à la Société le *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier* pendant les mois de septembre et octobre 1850.

M. Robert fait hommage du rapport fait à l'Académie par la commission du prix d'Argenteuil.

Communications.

M. Marjolin présente à la Société un jeune homme entré dans son service pour une plaie du globe oculaire et de la paupière inférieure causée par un morceau de fer chauffé au rouge ; malgré la gravité de la lésion, le malade a conservé la vue ; la pupille est seulement un peu déformée. L'observation sera plus tard communiquée avec tous ses détails.

— M. Verneuil, prosecteur d'anatomie à la Faculté, communique un travail intitulé : *Recherches sur les kystes de l'organe de de Wolff dans les deux sexes.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier, Gosselin, Robert.

M. Debout termine son rapport verbal sur la thèse de M. J. Lecomte intitulée : *Des ectopies congéniales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine.*

Avant de poursuivre l'examen de ce travail, M. Debout répond aux observations qui lui avaient été adressées par M. Larrey et repousse le reproche qui lui a été fait de ne s'être pas borné à une simple analyse de la thèse.

M. Lecomte, ainsi que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question, s'est mépris sur la nature de l'altération que subissent les glandes séminales déviées. L'examen des faits a porté le rapporteur à ne voir qu'un simple arrêt de développement dans l'altération organique que le testicule subit dans les inclusions et non une atrophie, comme Hunter le prétend. Cette première détermination a paru avoir assez d'importance aux yeux de M. Debout pour être offerte à la discussion de la Société. Il en trouve la preuve dans l'argumentation de M. Follin, qui a soutenu la même thèse que M. Lecomte, c'est-à-dire l'atrophie de la glande. Il est vrai que cette différence dans la manière de voir porte plutôt sur la forme que sur le fond : en effet, M. Follin, dans l'intéressant mémoire qu'il a publié sur ce sujet, confond sous la même dénomination d'atrophie « et les cas où le testicule, après s'être développé, subit un retrait plus ou moins considérable et ceux où cet organe, arrêté au début de son développement, reste avec un volume qui ne correspond plus à l'âge du sujet. » Ce n'est pas une discussion de mots que fait ici le rapporteur en demandant qu'en

médecine, comme en philosophie, on se fasse une idée exacte de la valeur des termes que l'on emploie; en effet, M. Debout montre que ces faits appartiennent à deux catégories qui doivent être distinguées au point de vue de l'intervention de l'art.

Aux altérations organiques qui reposent sur un simple arrêt de développement pourront être opposées les médications physiologiques, c'est-à-dire celles dans lesquelles on fait appel aux fonctions même de l'organe. Un travail de M. Wilson en contient un exemple : un homme âgé de vingt-six ans présentait un arrêt de développement des organes génitaux (pénis et testicules). Sur le conseil de ce chirurgien, il se maria, et sous l'influence des excitations vénériennes l'évolution, comme assoupie, se réveilla, et deux années après ses organes génitaux avaient acquis le volume de ceux d'un adulte.

Dans les cas d'atrophie, il y a une influence morbide spéciale à combattre tout d'abord avant de chercher à remédier aux effets produits, aux phénomènes localisés et caractérisés par l'altération organique qui constitue l'atrophie.

M. Lecomte, comme M. Follin, est conduit aussi dans son travail à fournir des preuves contre l'opinion de Hunter, qu'il a adoptée. Ainsi, lorsqu'il indique les signes qui doivent permettre d'éviter les méprises auxquelles les inclusions testiculaires dans l'aine ont si souvent donné lieu, il signale la douleur caractéristique qu'éveille la pression de l'organe dévié. Or, fait observer M. Debout, est-ce qu'un organe atrophié conserve encore les phénomènes de sensibilité caractéristiques d'un développement normal? Le fait de sensibilité à la pression n'est-il point le meilleur témoignage que la glande séminale n'est pas atrophiée? Dans les quelques faits que M. Debout a rencontrés, la sensation a toujours été en rapport avec le degré de développement de l'organe inclus. A ce signe diagnostic des déviations, M. Lecomte a ajouté le nombre des testicules contenus dans les bourses. M. le rapporteur en rappelle un troisième qui lui semble plus précieux en ce qu'il frappe immédiatement la vue des chirurgiens : c'est la forme particulière des bourses lorsqu'elles contiennent seulement une des glandes séminales. Le scrotum, dans cette circonstance, offre une forme globuleuse, et le raphé médian se dévie, à partir de la racine de la verge, vers le côté où le testicule manque.

Le testicule retenu dans le canal inguinal, lorsqu'il n'a pas subi un arrêt dans son développement, peut y offrir toutes les altérations morbides qu'il présente dans les bourses. M. Lecomte pense que le traitement ne saurait varier dans ces cas, même lors des affections traumatiques. M. Debout pense, au contraire, que, lorsque les accidents inflammatoires se montrent d'une manière énergique, le traitement doit être conduit avec plus de vigueur, et il en fournit des exemples.

Il est une série d'accidents qui peuvent résulter spécialement de l'inclusion inguinale, ce sont les phénomènes d'étranglement qu'offrent quelquefois les testicules déviés. Quelle est la conduite à tenir dans ces cas ? Faut-il suivre le conseil de Richter, et mettre la glande à découvert ? M. Lecomte n'hésite point à se prononcer pour le débridement, mais sans apporter de faits à l'appui de sa manière de voir. M. Debout cite le fait d'un malade chez lequel des accidents semblables se sont développés. Un chirurgien appelé se méprit sur la nature de la tumeur, tenta l'emploi du taxis, et, les vomissements persistant, voulut pratiquer l'opération du débridement. Le rapporteur, appelé à assister ce confrère, eut son attention éveillée tout d'abord par la forme du scrotum, et reconnut dans la forme ovoïde des parties herniées un testicule arrêté à l'anneau.

Aux émissions sanguines locales, aux frictions avec une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone pur, à des bains prolongés, etc., les accidents cédèrent progressivement. Ce fait engage le rapporteur à penser qu'un traitement bien conduit doit triompher le plus souvent de ces accidents. Une circonstance que l'on ne doit pas oublier dans ces faits de lésions traumatiques, c'est le voisinage et souvent la continuité de la tunique vaginale avec le péritoine ; elle exige que l'on insiste sur le traitement antiphlogistique local, afin de ne pas voir l'inflammation de la séreuse testiculaire gagner celle de la cavité abdominale.

De toutes les modifications organiques que peut subir le testicule retenu dans la région inguinale, la plus grave et la plus fréquente est celle de la dégénérescence cancéreuse. Un fait que note M. Lecomte, et qu'il est bon de rappeler, c'est que dans presque tous les exemples consignés on voit l'altération être le résultat de l'appli-

cation intempestive d'un bandage. M. Debout, en signalant ce résultat, a pour but de montrer l'erreur des auteurs qui ont donné le conseil d'avoir recours à l'action compressive du bandage pour prévenir la dégénérescence de la glande. La compression, par l'irritation chronique qu'elle provoque, amène plus souvent la dégénérescence que l'atrophie de la glande séminale.

Après avoir parcouru avec l'auteur de la thèse les modifications dans le manuel opératoire à suivre pour l'ablation de ces tumeurs de l'aine, M. Debout termine son rapport en appelant l'attention de la Société sur le point suivant. Un des malades dont M. Lecomte rapporte l'observation, affecté d'un engorgement d'un testicule retenu à l'anneau, était allé consulter successivement deux illustres chirurgiens, Dupuytren et Marjolin, et tous deux avaient conseillé la castration, dans la seule vue de prévenir la dégénérescence de la glande.

Le développement hypertrophique du testicule est-il le fait de la compression éprouvée par cet organe ou le résultat d'une diathèse? Dans le premier cas, les tissus voisins exerçant une compression analogue à celle produite par le bandage, le succès pourrait venir couronner l'opération ; tandis que dans le second, bien que la dégénérescence ne soit pas caractérisée anatomiquement par un tissu hétéromorphe, elle n'en est pas moins la manifestation d'un état diathésique sur lequel l'intervention chirurgicale ne saurait avoir prise. Ces faits demandent un nouvel examen.

Sur la proposition du rapporteur, des remercîments sont votés à M. Lecomte, et son mémoire sera déposé dans les archives de la Société.

M. Larrey. Il me serait difficile de ne point répondre à notre honorable collègue M. Debout, après la lecture de cette seconde partie de son rapport sur la thèse de M. Lecomte ; mais je le ferai en deux mots et avec toute la réserve convenable. Autant il m'était permis de m'étonner d'abord que M. le rapporteur parût faire une dissertation sur le même sujet plutôt qu'une analyse du travail soumis à son examen, autant je dois lui savoir gré aujourd'hui d'avoir bien voulu apprécier ma simple observation critique, puisque, tout en paraissant s'y refuser, il a suivi, dans la seconde partie de son rapport, la marche que j'aurais désiré qu'il suivît dans la première ; peut-être même a-t-il trop longuement discuté les

opinions émises ou soutenues par notre jeune confrère, et je ne puis plus que le remercier des formes obligeantes de sa savante analyse.

M. Debout. Je regrette que notre collègue ne m'ait pas mieux compris; car j'avais tout d'abord exprimé l'intention formelle de soumettre à la discussion de la Société deux points : la nature de l'altération organique subie par les glandes séminales incluses, et les moyens dont l'art dispose pour triompher de ces déviations. Je craignais, en examinant tout le travail de M. Lecomte, de voir les lacunes de la science à l'égard de ces questions ne pas être présentées. La fin de mon rapport lui a prouvé que je savais tenir compte des mérites de son élève.

Rapport sur deux notes lues par M. Coste, relatives à la cure radicale de la hernie et à un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre simple.

(Commissaires : MM. Maisonneuve, Gosselin et Follin, rapporteur.)

M. Follin. Vous nous avez chargés, MM. Maisonneuve, Gosselin et moi, de vous faire un rapport sur deux notes lues par M. Coste (de Marseille) devant la Société, et ayant trait, l'une à un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de la hernie, l'autre à une nouvelle opération de bec-de-lièvre simple. Nous venons aujourd'hui vous rendre compte de notre examen.

Ces deux notes de M. Coste ne renferment qu'un simple exposé des règles opératoires, sans observations qui leur servent d'appui. Cette absence de faits cliniques est assurément regrettable ; car elle nous force, après avoir discuté la rationnalité de ces idées, après avoir cherché à qui en appartient la priorité, à attendre une sanction pratique que nous eussions désiré trouver dans le travail de M. Coste.

Notre honorable confrère commence par établir qu'essayer de guérir radicalement la hernie est une tentative parfaitement rationnelle et un principe de saine pratique. Il ne croit pas qu'on puisse s'arrêter devant cette objection, que la hernie ne compromet pas la vie de l'individu, et que l'opération pour la cure radicale peut entraîner la mort. Votre commission croit devoir s'associer ici à l'opinion de M. Coste. Sans tenir compte des inconvénients quotidiens d'une hernie, si l'on réfléchit au grand nombre de celles

qui s'étranglent et à la mortalité des hernieux comparée à celle des autres individus, on ne tiendra point compte d'objections qui rejetteraient ainsi du cadre opératoire un grand nombre d'autres opérations. Des statistiques bien faites établissent que la population hernieuse disparaît près de quatre fois plus vite que la population ordinaire; qu'entre 75 et 100 ans, il meurt 7 fois plus de vieillards hernieux que d'autres; enfin que la population hernieuse va croissant et s'élève à plus de 1,600,000. Ces chiffres justifient suffisamment, selon nous, le chirurgien qui essaye la cure radicale de la hernie.

Cela dit, examinons le procédé que propose M. Coste, et dont, avec la plus entière bonne foi sans doute, il se croit l'inventeur. Ce procédé n'est qu'une modification de l'opération de M. Gerdy. Vous connaissez bien, messieurs, la méthode opératoire de notre honorable collègue; il est donc inutile de la rappeler ici. Mais dans cette méthode il existe un certain nombre de procédés que M. Gerdy a successivement essayés, puis rejetés. C'est l'un de ces procédés retrouvés par M. Coste, et déjà publiés par lui dans son *Manuel de dissection*, dont il est venu ici vous entretenir. Frappé comme M. Gerdy lui-même de certaines récidives après l'opération proposée, il les a attribuées à une sorte de déroulement du bouchon cutané préalablement refoulé dans le canal herniaire. D'après cette idée et dans le but de s'opposer à un tel mode de récidive, il a essayé d'arrêter pour ainsi dire à la porte le bouchon cutané prêt à se désinvaginer. Nous verrons plus loin si ce déroulement du bouchon cutané est la véritable cause de ces récidives. En attendant, voici comment procède M. Coste :

L'avant-veille de l'opération, il dénude par un vésicatoire la peau qui recouvre la hernie et doit être refoulée dans le canal herniaire; puis, le malade couché dans une position telle que les muscles abdominaux soient relâchés, il refoule aussi loin que possible dans le canal inguinal, par exemple, la peau, en laissant en arrière le cordon testiculaire ou le ligament rond. Rien, si ce n'est la dénudation préalable du derme, ne diffère encore du procédé de M. Gerdy. Mais sur le doigt introduit dans le canal herniaire, M. Coste fait glisser jusqu'au fond du cul-de-sac cutané une sonde cannelée double qui sert de conducteur à un instrument propre à l'auteur, sorte de fourche dont les deux branches répondent

exactement aux cannelures de la sonde; puis avec cet instrument, qu'il fait basculer, il traverse la peau enfoncée dans le canal, la paroi antérieure de celui-ci et le ligament abdominal. Les deux branches de cette fourche portent dans leur chas un fil qui, dégagé et confié à un aide, sert à retenir la peau invaginée. Le doigt et les instruments retirés, M. Coste noue sur un petit rouleau de diachylon les deux bouts du fil; ce fil n'est enlevé que le surlendemain.

Dès le premier temps de son opération, M. Coste poursuit une idée qui le préoccupera encore plus loin. Il veut d'abord maintenir par agglutination deux surfaces de peau dénudée. L'expérience clinique peut seule dire si le degré d'adhérence d'une peau ainsi dénudée serait convenable, et si, cette adhérence ne se faisant pas tandis que l'occlusion extérieure du cul-de-sac aurait lieu, il ne serait pas à craindre de voir ce canal cutané se remplir de produits de sécrétion et exiger plus tard une opération spéciale. Quoi qu'il en soit de ces prévisions, votre commission ne saurait apercevoir un progrès dans ce premier temps de l'opération. Ainsi, cette fourche-aiguille et cette double sonde cannelée constituent autant d'instruments spéciaux sans apporter, à vrai dire, une grande facilité dans le manuel opératoire. Bien convaincu qu'au lieu de compliquer ainsi l'opération il faut tendre à la simplifier de plus en plus, M. Gerdy conseille aujourd'hui de ne passer qu'un seul fil avec l'aiguille à suture que vous connaissez.

Dans le second temps de son opération, M. Coste se propose de fermer par une cicatrice résistante l'ouverture du canal en doigt de gant produit par le refoulement de la peau. Dans ce but, ce chirurgien excise de chaque côté du rebord de l'anneau un lambeau de peau, puis il réunit par la suture enchevillée les deux plaies saignantes; en même temps, pour éviter le tiraillement continuel des tissus, il pratique à quelque distance de cette suture deux incisions parallèles : ces larges débridements sont empruntés à quelques opérations autoplastiques. Le pansement est des plus simples; les fils sont coupés du quatrième au cinquième jour, et le malade ne doit pas quitter la position horizontale avant douze ou quinze jours.

Tel est, messieurs, le procédé opératoire dont M. Coste est venu vous lire les détails. Devant l'absence de faits cliniques cités par

l'auteur, votre rapporteur a dû penser que ces règles opératoires étaient jusqu'alors restées à l'état de projet. Mais quelques recherches n'ont pas tardé à lui apprendre que plusieurs chirurgiens avaient proposé et mis en pratique quelques-unes des indications dont M. Coste se croit l'inventeur. Fortement préoccupé, sans doute, de l'idée qu'il poursuivait, le chirurgien de Marseille n'a pas vu que la modification opératoire proposée par lui avait été depuis longtemps déjà pratiquée, puis abandonnée par M. Gerdy. Ainsi, son nouveau procédé se trouve clairement exprimé dans les premières publications de M. Gerdy, dans le rapport de MM. Gimelle et Sanson à l'Académie de médecine (janvier 1836), dans quelques thèses et dans quelques traités généraux de pathologie, comme le livre de M. Vidal. Dans une thèse sur la *cure radicale des hernies*, soutenue en 1841 dans le concours de médecine opératoire par M. A. Thierry, on lit, page 73 : « Enfin, on a également renoncé » à la cautérisation du cul-de-sac par l'ammoniaque et à l'avive- » ment qu'on pratiquait à son orifice, rattaché ensuite par des » sutures dans le but d'empêcher la peau de se désinvaginer. » Dans ce travail, où se trouve consigné un assez grand nombre d'opérations de cure radicale de la hernie, j'ai pu compter trois cas dans lesquels avait été pratiquée la modification opératoire indiquée aujourd'hui par M. Coste. Voyons rapidement quels résultats a donnés cette pratique :

1° Dans un premier cas cité par M. Thierry, un homme de soixante-deux ans fut opéré pour une hernie inguinale gauche. On pratiqua trois points de suture, la cautérisation avec l'ammoniaque et la suture extérieure du cul-de-sac invaginé. Les fils furent levés le cinquième jour, et un mois après on pouvait constater que dans la toux la hernie ne se reproduisait pas.

2° Dans le second cas, sur un homme de soixante ans, le même procédé fut mis en pratique; mais le sac invaginé se sphacéla le sixième jour, et un mois et demi après l'opération il y avait récidive.

4° Enfin, dans l'observation n° 23, il s'agit d'une hernie inguinale droite. Trois points de suture, la cautérisation et l'autoplastie de l'orifice du cul-de-sac furent mis en pratique. Le malade mourut le neuvième jour dans un état typhoïde. A l'autopsie, on trouva une teinte rouge du péritoine près de l'anneau, une couche de pus

sous le grand oblique remontant jusqu'aux attaches de ce muscle aux côtes ; il y avait aussi du pus dans la plèvre droite.

Tel est, messieurs, le résumé des trois cas dans lesquels l'occlusion du cul-de-sac cutané conseillée par M. Coste a été employée ; elle n'a pas donné, vous le voyez, de résultats bien satisfaisants. Votre commission ignore si M. Coste a pratiqué avec succès cette opération, et, dans ce cas, elle regretterait fort qu'il ne les lui eût pas communiquées. Avec le petit nombre de faits que nous possédons, il serait sans doute difficile d'exprimer une opinion motivée. Toutefois, M. Gerdy nous a semblé pencher vers cette opinion, à savoir, que la suture extérieure favorise les inflammations phlegmoneuses et les fusées purulentes. Cette idée de notre honoré collègue trouverait sans doute sa justification dans les deux cas malheureux que je viens de vous rappeler. Aussi M. Gerdy et avec lui la plupart des chirurgiens qui ont essayé la cure radicale de la hernie ont-ils rejeté l'occlusion extérieure du cul-de-sac cutané.

Malgré cet abandon général, M. Coste la conseillait encore en 1847 dans son *Manuel de dissection*, et sans connaître davantage les tentatives faites avant lui, M. Pétrequin, dans un cas de hernie crurale, mettait aussi en pratique un procédé analogue. Je vous demande, messieurs, la permission de vous citer un fait très succinct de cette dernière observation.

Ce fait pourrait peut-être un jour venir se glisser dans quelque statistique bienveillante. Il est urgent de déclarer de suite qu'aux yeux de votre commission il ne signifie rien. Ce fait a été publié en 1849 dans la *Gazette médicale lombarde*. Une femme de quarante ans portait une hernie crurale gauche du volume d'une tête d'adulte. L'anneau crural permettait l'introduction des cinq doigts. Voilà comment M. Pétrequin essaya la cure radicale de cette hernie. Il réduisit la hernie, repoussa la poche cutanée qui la contenait à travers l'anneau crural dans l'abdomen, et l'y fit maintenir au moyen d'un stylet boutonné à travers l'anneau. Ensuite il enleva du bord de l'ouverture cutanée, au moyen des ciseaux, une bande ovale de la peau, et mit en contact les parties sanglantes parallèlement au ligament de Fallope. Trois aiguilles en fer doux furent appliquées de façon à traverser la peau et l'arcade crurale en haut, le repli du fascia lata, et la peau en bas ; leurs extrémités furent enfoncées dans deux bouchons de liége, puis re-

courhées à l'aide de pinces et tordues de façon à amener le contact parfait des lèvres de la plaie. Consécutivement pas de fièvre adhésive des parties ; enlèvement des points de suture le septième jour. L'observation se termine par ces mots : « Un mois après, guérison complète. La hernie tend à reparaître, mais beaucoup moins volumineuse, et un bandage à pelote la contient. » Cette dernière phrase nous laisse le droit de douter de la valeur du procédé suivi par M. Pétrequin, et c'est à tort, selon nous, qu'on inscrirait comme un succès l'opération pratiquée par le chirurgien de Lyon. Il résulte de cette discussion, déjà trop longue peut-être, que la modification opératoire proposée par M. Coste a déjà été employée, puis abandonnée par M. Gerdy, et que le chirurgien de Marseille n'apporte aucun fait pour la réhabiliter dans la pratique chirurgicale.

Mais, sans tenir compte des remarques qui précèdent, votre commission conserve encore un certain doute sur la rationnalité du procédé qui conseille de clore par une suture l'orifice intérieur du cul-de-sac. En effet, si l'on démontrait que dans l'opération de M. Gerdy, et alors qu'elle est suivie de succès, la peau ne reste point invaginée, l'on affaiblirait sans doute la valeur qu'on a cru devoir attacher à la suture extérieure du cul-de-sac. Or après avoir longtemps pensé que la peau formait un bouchon organique qui s'opposait à la sortie des viscères, M. Gerdy s'est assuré que dans beaucoup de cas la peau invaginée redescendait peu à peu, et que dans d'autres le bouchon qui, dans les premiers jours forme un obstacle solide, finissait par se résorber. Il se crut donc autorisé à admettre que l'oblitération du trajet se faisait seulement par un épanchement de lymphe plastique. Si tel est le résultat définitif de cette opération, l'on doit peu regretter de ne pouvoir retenir la peau invaginée dans le canal herniaire.

Dans la seconde note que M. Coste nous a lue, il décrit une *nouvelle opération pour le bec-de-lièvre simple.* Depuis longtemps déjà les chirurgiens se sont longtemps préoccupés des résultats peu satisfaisants de l'opération habituelle du bec-de-lièvre. Cette préoccupation s'est traduite par les procédés nombreux qu'ils ont tous proposés, et dont quelques-uns vous ont été communiqués. Dans le cas de bec-de-lièvre simple, c'est l'encochure située au niveau de la réunion des parties que les chirurgiens ont essayé de combattre. M. Coste s'est aussi adressé à cet obstacle, et tout en

rendant pleine justice aux travaux de quelques membres de cette Société, il a cru obvier à cet inconvénient de l'encocbure par un procédé plus certain que ceux qui sont déjà dans la pratique babituelle.

Avant d'examiner la valeur de ce procédé, nous allons, messieurs, vous l'exposer. L'auteur de cette note nous l'a transmis en des termes, à la vérité, un peu obscurs ; une grande attention nous a été nécessaire pour en saisir amplement tous les détails.

M. Coste reconnaît trois temps à son opération.

Supposons un bec-de-lièvre gauche. M. Coste fend d'abord largement le frein de la lèvre, puis, à l'aide de deux coups de ciseaux, l'un vertical et l'autre horizontal, il taille sur le bord droit de la division en dehors de l'angle arrondi qui le termine une demi-mortaise ; puis sur le bord gauche de la division il taille un petit lambeau destiné à venir se placer dans cette demi-mortaise. L'incision supérieure de ce lambeau est franchement horizontale ; l'autre, correspondant au bord droit, est légèrement oblique en haut et en dehors. — Les lambeaux et la mortaise doivent être taillés d'un façon inverse dans le bec-de-lièvre du côté droit. Dès lors le lambeau occupe le point dans lequel aurait existé l'encochure. C'est là le premier temps de l'opération de M. Coste ; le second, c'est l'avivement du côté de la demi-mortaise ; M. Coste pratique l'avivement avec des ciseaux, du côté du lambeau, avec le bistouri qu'il dirige de haut en bas et qu'il fait tomber sur l'extrémité externe du lambeau. Le troisième temps comprend la réunion des parties. D'abord M. Coste réunit par un point de suture entrecoupée les parties situées au-dessus de la mortaise et du lambeau ; il fixe ensuite le lambeau dans la demi-mortaise au moyen d'une aiguille à suture entortillée ; enfin il joint aussitôt après par une serre-fine l'angle saillant supérieur du bord gauche à l'angle rentrant du bord droit; enfin une dernière épingle réunit les lèvres de la division à égale distance des lèvres de son extrémité supérieure et de la demi-mortaise. La cicatrice qui succède à l'adhésion figure ainsi trois lignes, une supérieure oblique, une moyenne transversale et une inférieure verticale. Dans un bec-de-lièvre du côté droit, ces trois lignes figurent assez bien le chiffre 4.

Votre rapporteur n'a point voulu par des réflexions scinder cette description ; mais en répétant snr le cadavre ce procédé, votre com-

mission a remarqué qu'il exigeait de nombreuses incisions et une perte de substance de la lèvre assez considérable. Or, quelque laxité qu'aient les tissus, cette perte de substance nous paraît regrettable. D'ailleurs, à ces incisions multiples qu'elles nécessitent succèdent en définitive trois cicatrices dont l'aspect ne peut manquer d'être désagréable. J'ajouterai ici qu'un des membres de votre commission, M. Gosselin, s'est assuré que dans les becs-de-lièvre opérés dans le très jeune âge il se produit un travail organo-plastique à la faveur duquel s'efface souvent cette encochure, désespoir des chirurgiens.

M. Coste ne nous ayant point mis en demeure d'apprécier par une observation détaillée la valeur clinique de son procédé, nous avons dû nous borner à reconnaître que ce procédé est facile sur le cadavre, qu'il supprime bien l'encochure, mais qu'il nécessite six incisions suivies de trois cicatrices, et qu'enfin il exige une assez notable perte de substance de la lèvre. Jusqu'à ce que la pratique ait démontré que dans ce procédé les avantages l'emportent sur les inconvénients, votre commission ne saurait constater encore ici un progrès véritable.

En terminant son rapport, la commission vous propose :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Coste, de Marseille ;

2° De déposer ses travaux dans les archives de la Société ;

3° De lui communiquer l'article du règlement qui prescrit de communiquer un travail inédit pour obtenir le titre de membre correspondant.

Discussion du rapport.

M. Gerdy. Le peu de solidité des premiers procédés que j'avais d'abord mis en usage m'y a fait renoncer. Primitivement j'employais deux fils, aujourd'hui un seul me suffit. A une certaine époque, j'avais incisé la peau sans la disséquer, puis j'avais réuni au moyen de la suture enchevillée ; mais comme la hernie se reproduisait derrière, j'y ai renoncé.

Ce n'est qu'après un assez long espace de temps que l'on peut s'assurer si les guérisons sont véritables ; malheureusement on ne peut pas toujours suivre les malades. Il y en a quelques-uns qui

désirent que leur infirmité reste inconnue, et qui se cachent ; d'autres sont bien aises de n'avoir pas à vous témoigner leur reconnaissance.

Il y a seize ans, j'opérai un malade qui portait une hernie inguinale récente. Au bout de très peu de temps je le perdis de vue, et n'en entendis parler que quatorze ans après. Voici ce qui s'était passé :

L'opération avait complétement réussi; jamais aucune tumeur ne s'était montrée; mais deux ans après, à la suite d'exercices violents, une hernie apparut du côté opposé; soit honte, soit négligence, il resta quatorze ans sans rien faire; pendant ce temps, la hernie devint énorme : il vint à Paris, et, comme il connaissait M. Roux, nous l'examinâmes ensemble, et il fut facile de constater qu'il y avait eu guérison radicale de la première hernie.

Le malade aurait bien désiré être également opéré pour la seconde; mais je ne voulus rien entreprendre à cause du volume considérable de la tumeur et de l'âge avancé du sujet; je dois en outre ajouter qu'il y avait dans la famille une disposition héréditaire.

J'ai eu occasion, il y a huit ou dix ans, d'opérer avec un plein succès un menuisier; depuis cette époque il travaille sans bandage et n'a jamais éprouvé le moindre accident.

Dans les premiers temps de l'opération, il est bon de porter un bandage pour donner aux adhérences le temps de se consolider; ainsi, faute de prendre cette précaution, j'ai vu, chez un professeur de l'Ecole de médecine secondaire de Nantes, la tumeur chercher à reparaître, parce qu'il avait dansé sans son bandage.

Chez les femmes, lorsqu'elles sont jeunes, il n'est pas toujours possible de faire une invagination dans le canal, et cependant les opérations réussissent. Je citerai comme exemple le fait d'une jeune femme opérée à l'âge de vingt-six ans, accouchée deux fois depuis, et si bien portante que sa sœur a toujours ignoré son accident.

Aujourd'hui je n'emploie qu'un seul fil traversant un grain de chapelet, qui m'aide à tenir la peau refoulée en haut; ce grain est traversé par un autre fil qui me sert à le ramener en bas lorsque je juge à propos de le retirer, quand je crois l'inflammation suffisante.

C'est là le point difficile à juger ; car si on laisse l'inflammation

prendre un trop grand développement, il survient des abcès qui peuvent remonter très haut et causer la mort.

Une fois je fus trompé par nn jeune homme qui portait une hernie congénitale. La ponction faite, il sortit de l'eau; la cavité du péritoine était ouverte. Malgré cela je terminai l'opération; je redoublai de surveillance et le malade guérit.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Follin sera inséré dans les Bulletins de la Société.

Tumeur pulsative des os.

M. Demarquay présente l'humérus droit d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, et sur lequel on avait constaté une tumeur pulsatile. Après avoir pratiqué la désarticulation de l'épaule, il a fait une injection dans les veines et les artères du bras enlevé, afin de pouvoir étudier la nature de l'affection. La tumeur s'était développée dans la partie centrale de l'os, qu'elle a fini par détruire dans l'étendue de 9 centimètres. Son tissu est d'un blanc jaunâtre. L'étude micrographique qui en a été faite par M. Lebert prouve qu'elle est formée de tissus fibreux et fibro-plastique. Son enveloppe contient quelques lamelles osseuses et une grande quantité de vaisseaux veineux et artériels. Ces vaisseaux sont volumineux; dans quelques points ils ont la grosseur d'une plume d'oie. Un réseau vasculaire très fin pénètre à la partie interne et externe dans le centre de la tumeur. La composition de cette dernière donne l'explication des phénomènes que l'on constatait avant l'ablation du membre, tels que pulsations artérielles, bruit de souffle, mobilité anormale, et trois calculs viscéraux extraits par la taille latéralisée.

M. Demarquay présente trois calculs volumineux qu'il a extraits par la taille latéralisée de la vessie d'un homme de soixante-cinq ans, avec l'aide de M. Lenoir. L'opération a été faite dans des conditions particulières qu'il est bon de noter. Le malade, confié aux soins de M. Demarquay, souffrait depuis plusieurs années de la pierre; il était affecté d'une incontinence d'urine quand il est arrivé à Paris. Après avoir pris l'avis de MM. Roux, Velpeau et Lenoir, il fut décidé que le malade serait délivré de ses calculs par la taille latéralisée. Le lendemain de la consultation il survint une

tuméfaction accompagnée de gangrène de la verge et des bourses, sans réaction fébrile. Cet accident était déterminé par le passage incessant de l'urine. La seule chance qui restât au malade c'était évidemment l'opération de la taille, qui, tout en le délivrant de ses calculs, donnerait un nouveau cours à l'urine.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société un calcul mural qu'il a extrait par la taille sous-pubienne sur un jeune homme âgé de vingt-sept ans. Ce calcul, à mamelons très nombreux et très saillants, est à peu près rond; il offre partout un diamètre d'environ 18 lignes, et n'a pu être extrait de la vessie par la taille latéralisée qu'après que le chirurgien eut converti cette taille en unc taille bi-latérale par une incision horizontale du côté droit de la prostate et du col vésical. Procédé recommandé par M. Senn (de Genève), et qui a réussi déjà plusieurs fois à M. Lenoir en pareille circonstance. Le malade, malgré les difficultés de l'opération, est aujourd'hui en voie de guérison avancée.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 13 *novembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Marjolin, à l'occasion du procès-verbal. Tout en rendant justice aux efforts des micrographes pour arriver à préciser autant que possible le diagnostic de certaines affections, je crains que la Société n'entre dans une mauvaise voie en acceptant sans aucune observation, sans aucun contrôle ce qui nous est dit de la nature essentielle de certaines tumeurs.

J'admets sans aucun doute qu'il existe dans les tumeurs que nous observons si fréquemment des différences de texture qui ne sont appréciables qu'à l'aide du microscope; mais, si on vient à examiner ces mêmes tumeurs au point de vue clinique, elles ont entre elles une si grande analogie que je crois qu'elles ne sont qu'un genre, peut-être même qu'une espèce dans la grande famille des affections cancéreuses. Si l'ordre du jour de la séance n'était pas

aussi chargé, j'aurais désiré voir cette question élucidée, car pour moi j'ai bien de la peine à croire qu'une tumeur du genre de celle qui vous a été présentée par M. Demarquay soit autre qu'un cancer de l'os.

M. Lebert. Je répondrai à M. Marjolin que, bien que la discussion ne puisse pas s'engager dans ce moment, je ne puis cependant pas laisser passer l'opinion qu'il a émise sans protester formellement contre la défaveur qu'elle paraît vouloir jeter sur le microscope et son utilité dans la détermination de la nature des tumeurs.

Non-seulement l'utilité de ces études est aujourd'hui généralement reconnue, mais pour l'examen des tumeurs elle est tout particulièrement fondée sur des recherches si nombreuses faites avec une si minutieuse exactitude qu'il n'est guère rationnel de la révoquer en doute. Il ne s'agit pas seulement dans les recherches qui me sont propres sur cette matière de quelques minuties trouvées au moyen d'un instrument d'optique, mais bien au contraire de la confrontation continuelle des caractères anatomiques et microscopiques avec l'observation clinique, ce qui leur donne une véritable valeur pratique.

Du reste, loin de craindre la discussion sur ces questions, je serai heureux de la provoquer, et j'aurai l'honneur de présenter incessamment dans ce but à la Société un grand travail sur les tumeurs fibro-plastiques.

MM. Larrey et Chassaignac regrettent que l'on ait cherché à soulever une question qui ne pouvait être discutée dans cette séance.

M. Marjolin. Malgré tout le désir que j'ai de voir le jour se faire daus une question aussi importante, je n'aurais pas pris la parole si dans la note qui m'a été remise par M. Demarquay je n'avais trouvé ces mots : Il résulte des recherches faites par notre collègue M. Lebert que la tumeur du bras est composée d'éléments fibreux et fibro-plastiques.

Il est cependant évident que, pour tous ceux qui ont lu l'observation de M. Demarquay et qui verront ensuite le résultat des recherches micrographiques, il y aura un doute sur la nature de la tumeur. En effet, si aujourd'hui on nous parlait d'une tumeur pulsatile accompagnée de bruit de souffle, de douleurs vives et de ramollissement du tissu osseux, nous dirions très probablement : c'est ou un anévrisme ou un cancer; or c'étaient là les caractères

que présentait le malade que vous avez examiné, et aujourd'hui nous voyons que la tumeur est composée d'éléments fibreux ou fibro-plastiques; il me semble qu'il est permis de douter, et c'est pour cela que j'ai cru convenable d'attirer l'attention de la Société sur ce fait, bien que la question ne pût être discutée aujourd'hui.

M. Lebert. Voici les renseignements que je puis donner sur la tumeur présentée par M. Demarquay. L'opération fut faite le 16 octobre, et ce ne fut que cinq jours après que j'eus communication de la pièce. Non-seulement elle avait pu s'altérer par la putréfaction, la température étant très douce, mais, comme en outre les veines et les artères avaient été injectées, cette préparation pouvait encore contribuer à masquer les caractères de sa structure intime. Je fis part de ces causes d'erreur à M. Demarquay, tout en lui disant que, dans l'intérêt du malade, j'étais cependant bien aise de ne pas trouver des preuves directes de l'existence du cancer, mais de rencontrer plutôt des éléments fibreux et fibro-plastiques.

D'un autre côté, le mode d'être anatomique de cette tumeur présente quelques caractères que l'on ne rencontre pas ordinairement dans le cancer des os : la tumeur est ovoïde, partout bien délimitée, entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse très vasculaire. Elle ne ressemble pas au cancer périostal diffus de sa nature et parsemé de particules osseuses; elle est également bien plus circonscrite que le cancer ordinaire du canal médullaire.

Les souffrances du malade n'autorisent pas à diagnostiquer un cancer. Ne voyons-uous pas les petits tubercules douloureux souscutanés de nature fibreuse ou fibro-plastique occasionner des douleurs tellement vives que les malades sont impatients d'être débarrassés de la source de leurs souffrances?

La tumeur de M. Demarquay ne me paraît donc pas très heureusement choisie pour être le point de départ d'une discussion contre le microscope.

Correspondance.

M. le professeur Chélius, d'Heidelberg, membre associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments. Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Roy-d'Etiolles adresse à la Société un duplicata de la let-

tre et de l'observation qu'il a adressées à l'Académie de médecine dans la dernière séance à l'occasion du rapport fait par la commission du prix d'Argenteuil.

La Société passe à l'ordre du jour.

— M. le docteur Houzelot, chirurgien de l'hôpital de Meaux, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse un travail sur la luxation de l'extrémité supérieure du cubitus gauche et une observation d'anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche.

(MM. Debout, Lenoir, Laborie, sont chargés de faire un rapport.)

— M. Larrey transmet à la Société une lettre et une observation de M. le docteur Liégey (de Rambervilliers), relatives à une hémorrhagie périodique dans un cas de plaie d'arme à feu, et il propose que ce travail soit renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. le professeur Bouisson (de Montpellier) sur les hémorrhagies intermittentes.

— M. le docteur Dupont, médecin de l'hôpital d'Harcourt (Eure), adresse à la Société une observation de fracture longitudinale du radius. (M. Houel est chargé d'en rendre compte.)

— M. le docteur Camescasse (de Smyrne), membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remercîments.

— M. le président de la Société nationale et centrale d'agriculture adresse une lettre d'invitation pour sa séance annuelle.

M. le président charge M. le secrétaire de vouloir bien adresser, au nom de la Société, une lettre de remercîments.

— M. Debout fait hommage à la Société des 40 volumes qui composent la collection du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le président remercie M. Debout au nom de la Société.

— M. Danyau adresse le rapport fait à l'Académie sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée au bout de quinze mois.

Communications.

M. le docteur Foucault (de Nanterre) lit une notice sur un appa-

reil à irrigations continues dans les organes génito-urinaires et dans le rectum.

(MM. Danyau, Denonvilliers, Boinet sont chargés de faire un rapport.)

— M. Broca, prosecteur d'anatomie de la Faculté, commence la lecture d'un mémoire très étendu sur les luxations dites de l'astragale. (La première partie de ce travail a trait à la luxation sous-astragalienne.)

— M. Forget, au nom de la commission chargée d'examiner les travaux de M. le docteur Jarjavay, lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De la dilatation des conduits excréteurs dans les glandes salivaires.*

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Adresser à M. Jarjavay des remercîments pour son intéressant mémoire, et renvoyer son travail au comité de publication ;

2° Admettre M. Jarjavay comme membre titulaire de la Société.

Après la lecture des conclusions du rapport, M. le président annonce que la discussion est ouverte.

M. Giraldès. Il me semble, puisque M. Forget avait manifesté, en me citant, l'intention de compléter l'historique de cette affection, qu'il aurait dû saisir l'occasion de parler des recherches intéressantes de sir Benjamin Brodie sur les dilatations des canaux galactophores.

M. Forget. Je répondrai à M. Giraldès que j'avais parlé de ces travaux dans le mémoire que j'ai publié en 1848.

M. Chassaignac. J'avais constaté en 1844, et le fait a été publié, la dilatation du canal de Warthon. C'était à l'hôpital Necker, lorsque je remplaçais M. Lenoir. Le malade éprouvait des douleurs très vives dans ce point. En examinant la bouche, j'aperçus sous la langue une concrétion blanchâtre ; la circonférence était molle et le centre plus dur. Je pus l'extraire facilement et introduire ensuite un stylet dans le conduit de Warthon, qui était manifestement dilaté.

La question, actuellement, ne se borne plus à demander si la dilatation du conduit de Warthon est possible; elle porte sur ce point que, dans la majorité des cas, ce que l'on a cru être le conduit dilaté n'est autre que la dilatation d'une petite bourse muqueuse décrite par Fleischmann.

Je crois que les dilatations du canal sont assez rares et surtout peu durables ; la douleur s'oppose à l'idée d'une dilatation chronique. Il ne faut pas, pour admettre la possibilité du fait qui nous occupe, conclure d'après ce qui se passe dans d'autres canaux ; c'est tout différent. Sous plusieurs rapports, l'observation de M. Richet est fort curieuse.

M. Giraldès. Je regrette de ne pas être tout à fait de l'avis de M. Chassaignac. Je pensais comme lui avant certaines recherches, mais maintenant je diffère d'opinion ; et il est facile de se convaincre de la vérité :

1° A cause de la nature du liquide contenu dans la tumeur. Ainsi, lorsque celle-ci n'est pas la suite de la dilatation d'un conduit salivaire, le liquide qu'elle contient n'est pas identique au liquide sécrété par la glande : or ce liquide contenu dans les grenouillettes est en apparence identique au liquide qui provient de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire visqueux, filant comme du blanc d'œuf.

2° Le volume et le siége de la tumeur sont encore à considérer pour le diagnostic. Lorsque ce sont les conduits salivaires qui se dilatent, la tuméfaction s'étend plus loin ; ainsi, Boyer a cité des tumeurs qui faisaient saillie sous la mâchoire.

J'ai vu, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, une tumeur qu'il avait ouverte et qui contenait une matière analogue à de la semouille. Lorsque chez ce malade je pratiquais des injections et que j'exerçais une pression, le liquide sortait par l'orifice du conduit situé près du frein de la langue.

M. Baillarger a rapporté des cas de dilatation complète des conduits parotidiens.

Maintenant, si on procède par analogie, on verra que les autres glandes fournissent des exemples de dilatation analogue ; et de même qu'il y a des kystes des reins formés par la dilatation des canaux urinifères, il peut y avoir des dilatations partielles des conduits salivaires simulant des tumeurs : on a donc l'induction en plus des faits.

M. Chassaignac. Je ne vois pas trop en quoi l'opinion de notre honorable collègue est contraire à la mienne ; seulement je crois qu'il faut rester dans la question et ne pas y mêler ce qui a trait

aux kystes des reins, etc.. Il ne faut pas trop ici se servir de l'induction.

A ceux qui nient la possibilité de la dilatation du conduit de Warthon, il faut le leur montrer dilaté, ce qui est du reste fort rare; car, je le répète, dans le plus grand nombre des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, le conduit est dans l'état normal. Il suffit, pour pratiquer son cathétérisme, d'exciter la sécrétion de la salive par l'application d'une substance sapide sur la muqueuse buccale; on peut alors introduire facilement un stylet. Le fait de M. Richet est d'autant plus curieux qu'il a été suivi jusqu'à la fin.

M. Lenoir. J'ai vu ces jours derniers à la campagne un jeune homme qui portait à la partie moyenne et antérieure du cou un kyste assez volumineux. J'ai fait une ponction, et il est sorti un liquide séreux mêlé de grumeaux assez semblables à de la semouille. C'était là l'occasion de rechercher si ce kyste était une dilatation des conduits salivaires. C'est ce que j'ai fait. Après avoir mis un peu de sucre sous la langue, j'ai vu parfaitement la salive sortir des orifices et il m'a été très facile, en introduisant un stylet dans le conduit de Warthon, de m'assurer qu'il n'y avait aucune communication entre lui et la tumeur.

Dans le fait auquel M. Giraldès faisait à l'instant allusion, et qui a été communiqué à la Société, j'ai eu la certitude que c'était bien un kyste et non une grenouillette, et si plus tard il y a eu une communication entre la tumeur et les conduits salivaires, c'est que la suppuration l'avait probablement établie.

M. Denonvilliers. Je partage entièrement les idées de M. Chassaignac, et je crois qu'il serait bon, dans le rapport, de faire sentir que les tumeurs désignées sous le nom de *grenouillette* ne sont pas toujours une dilatation des conduits. Ce qui serait important, ce serait de chercher à établir la proportion sous le rapport de la fréquence entre les kystes et la dilatation du conduit de Warthon.

Puisque l'on a des éléments suffisants pour établir le diagnostic, il faut éviter qu'on dise plus tard qu'on a confondu ensemble deux affections bien distinctes. Ainsi il est évident que les observations de MM. Robert et Maisonneuve ne ressemblent en rien à la grenouillette.

En terminant, je dirai que je suis étonné que personne n'ait fait

attention à une circonstance pratique bien propre à éclairer le diagnostic. Personne n'ignore avec quelle peine on parvient à fermer les fistules, tandis que dans la plupart des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, ce qui préoccupe le plus le chirurgien, c'est d'empêcher les ouvertures pratiquées sur la tumeur de se cicatriser. Il faut donc, lorsqu'on excise ces tumeurs, qu'on excise une partie tout à fait distincte de l'appareil salivaire.

M. Giraldès. Notre honorable collègue a touché à une question très importante, la proportion, entre les dilatations véritables et les kystes, il l'a résolue dans son sens plutôt par sentiment que par démonstration, et il n'a pas assez tenu compte de la différence du liquide dans l'un et l'autre cas.

M. Denonvilliers. Je crois que c'est bien plus par le cathétérisme et les résultats du traitement qu'on pourra arriver à résoudre la question que par la physiologie. Quant à expliquer l'analogie des liquides, c'est un point très difficile.

M. Follin. J'ai eu occasion de voir dans le service de M. R. Marjolin, lorsqu'il remplaçait M. Bérard à Saint-Antoine, un malade qui présentait une grenouillette bien évidemment formée par un kyste indépendant du conduit de Warthon, et dans ce cas il fut facile d'en avoir la certitude. M. Marjolin, frappé de la lenteur du traitement ou des récidives lorsqu'on n'excise qu'un petit lambeau de la tumeur ou qu'on laisse un séton, traversa le kyste vers sa base avec un fil plat, et soulevant ensuite le fil excisa franchement la muqueuse derrière lui. Je disséquai ensuite la pièce avec beaucoup d'attention, et il fut facile de retrouver derrière la tumeur le conduit de Warthon bien isolé.

M. Larrey. Il me semble, messieurs, que nous revenons sur une discussion qui a déjà eu lieu au sein de la Société, et que jusqu'à présent aucun élément nouveau ne s'est fait jour.

M. Richet. Je crois que l'observation générale de notre honorable collègue M. Denonvilliers n'est pas tout à fait exacte en ce qui regarde la difficulté de cicatrisation des fistules salivaires et la tendance opposée qu'on remarque dans les dilatations du conduit de Warthon.

Dans le fait que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société par l'organe de M. Forget, la ponction faite à la tumeur d'après les idées qui avaient conduit M. Denonvilliers à faire sa remarque,

c'est-à-dire dans le but d'établir une fistule, avait échoué deux fois. Il est vrai que dans la première opération la fistule se maintint pendant une année entière; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle se referma et qu'elle nécessita une nouvelle ponction.

Si en général les fistules ont de la peine à se fermer, il faut néanmoins convenir qu'un assez grand nombre se ferment seules, témoin les fistules *urinaires*.

M. Denonvilliers. Je crois que, dans l'observation de M. Richet, il s'est passé quelque chose d'analogue à ce qu'a mentionné M. Follin.

M. Richet. Je ne pense pas qu'il ait été possible, dans le fait que j'ai cité, d'avoir lésé le conduit de Warthon, attendu qu'il était tout à fait dans le fond du kyste et non sur la paroi qui fut le siége de l'opération; je m'en assurai pendant la vie en abstergeant avec de la charpie le liquide qui sortait du fond du kyste lorsqu'on pressait la glande sous-maxillaire, et la preuve la plus certaine est la dissection que j'ai faite après la mort.

Après cette discussion, l'adoption des conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 18 *novembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

M. le docteur Lesauvage, de Caen, assiste à la séance.

Correspondance.

M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

Ouvrages adressés à la Société :

Le n° 9 du tome VII du *Bulletin des séances de la Société nationale et centrale d'agriculture;*

Le *Compte-rendu des travaux de cette Société* fait par M. Payen, secrétaire général, dans la séance annuelle du 25 avril 1852.

Des remercîments seront adressés à la Société.

Présentation de malades.

M. ROBERT présente un jeune enfant qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre assez compliqué et pour lequel il a employé avec avantage un ingénieux appareil de compression imaginé par M. Ferdinand Martin.

La discussion de ce fait aura lieu lorsque M. Robert aura communiqué l'observation dans tous ses détails.

— M. LE PRÉSIDENT, après cette communication, met aux voix les conclusions du rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. le docteur Jarjavay, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

M. le docteur Jarjavay, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Sur les déplacements du calcanéum et du scaphoïde par rapport à l'astragale.

M. Broca termine la lecture de son *Mémoire sur les luxations sous-astragaliennes.*

Voici le résumé de ce travail :

Dans ces luxations, l'astragale conserve ses rapports avec les os de la jambe, pendant que le calcanéum et le scaphoïde, ensemble ou isolément, se déplacent au-dessous de lui.

Les luxations sous-astragaliennes sont assez généralement confondues avec les luxations de l'astragale. Afin d'éviter à l'avenir toute confusion à cet égard, l'auteur propose pour les luxations nombreuses de la région du cou-de-pied la classification et les dénominations suivantes :

1° Les *luxations tibio-tarsiennes*, ou luxations du pied, sur lesquelles tout le monde est d'accord;

2° Les *luxations sous-astragaliennes*, dont la définition a été donnée plus haut;

3° Les *luxations médio-tarsiennes*, qui affectent l'articulation dite de Chopart, et dans lesquelles le calcanéum et l'astragale conservent leurs rapports entre eux et avec la jambe ; tandis que le

scaphoïde et le cuboïde, ensemble ou isolément, subissent un déplacement variable;

4° Enfin, les *luxations proprement dites de l'astragale*, dans lesquelles cet os perd simultanément ses rapports avec les quatre os au milieu desquels il est emboîté.

Les matériaux que l'auteur a rassemblés lui permettront de décrire prochainement les luxations médio-tarsiennes et les luxations de l'astragale. Il ne s'occupera aujourd'hui que des luxations sous-astragaliennes.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent être *partielles* ou *totales*. Totales, lorsque le calcanéum et le scaphoïde se déplacent simultanément en conservant leurs rapports réciproques; partielles, lorsqu'un de ces os se déplace seul.

1° Les *luxations partielles*, suivant les auteurs, sont au nombre de deux : la *luxation du scaphoïde seul* et celle du *calcanéum seul*.

La luxatiou du scaphoïde seul trouvera mieux sa place dans le chapitre des luxations médio-tarsiennes et ne sera pas étudiée ici.

Les luxations du calcanéum seul ont été décrites par un grand nombre d'auteurs, et on en a admis plusieurs variétés. Toutefois, l'anatomie indique que ces luxations sont presque impossibles. L'énorme résistance des ligaments calcanéo-scaphoïdo-cuboïdiens ne permet guère de comprendre que le calcanéum puisse se déplacer sans entraîner avec lui le scaphoïde, qui n'est uni à l'astragale que par un ligament insignifiant.

Pour admettre comme réelle une luxation qui brave les explications anatomiques, il faut des témoignages sérieux ou des observations concluantes. Or, suivant M. Broca, ces deux conditions manquent ici.

Prenant d'abord la question au point de vue historique, l'auteur démontre par des textes nombreux et précis que la luxation du calcanéum s'est introduite accidentellement dans la science par suite d'une erreur de mots et d'une confusion d'autant plus regrettable qu'elle a été commise par l'illustre A. Paré. Admise sans preuve pendant près de deux siècles et rejetée plus tard sous un prétexte erroné, cette luxation a reparu dans les traités classiques de notre époque. L'analyse des documents historiques permet donc de croire que la description qui en a été donnée est entièrement idéale.

L'auteur cherche, toutefois, s'il n'existerait pas dans la science des faits propres à établir la réalité du déplacement isolé du calcanéum. Trois faits seulement ont été invoqués par les modernes : l'un, cité en passant par M. Chélius, n'est accompagné d'aucun détail; l'autre, rapporté par M. Rognetta, n'a pas été contrôlé par l'autopsie; le troisième, emprunté à M. Hancock, repose sur l'inspection d'une pièce sèche qui n'a pas été décrite à l'état frais. Tous trois, enfin, sont relatifs à des malades qui avaient longtemps survécu à une luxation non réduite et qui avaient continué à marcher sur leur pied blessé, de telle sorte qu'on ne peut savoir si le déplacement observé était primitif ou s'il n'était pas en partie consécutif.

Ces faits n'ont donc aucune valeur, et M. Broca pense que, dans l'état actuel des choses, il ne serait pas prudent d'admettre et surtout de décrire la luxation du calcanéum.

2° Les *luxations sous-astragaliennes totales* sont, au contraire, très réelles et ne sont même pas extrêmement rares. Par un singulier contraste, elles n'ont été indiquées que par un très petit nombre d'auteurs; tandis que les luxations du calcanéum, qui pourtant n'existent pas, sont au contraire décrites partout.

En laissant de côté toutes les observations qui ne sont pas parfaitement démonstratives, M. Broca a rassemblé 21 faits qui ont été publiés sous le nom de luxation de l'astragale et qui cependant se rapportent à la luxation sous-astragalienne. L'analyse de ces faits lui permet d'en donner une description méthodique.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent se faire suivant trois directions différentes : en arrière, en dedans ou en dehors.

a. La *luxation en arrière* n'est établie que par une seule observation; mais ce fait, observé par les plus habiles chirurgiens de Dublin, sur un célèbre malade, qui n'était autre que le professeur Carmichael, est accompagné de détails tellement précis qu'il ne reste dans l'esprit aucun doute sur la nature de l'accident. Dans ce déplacement, la saillie du talon est allongée et le dos du pied diminue de longueur. Le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, se rapprochent des orteils. La tête de l'astragale repose sur la face dorsale du scaphoïde et des deux premiers cunéiformes.

b. Les *luxations latérales* doivent être désignées non pas d'après la position de l'astragale, mais bien d'après la situation nouvelle

du calcanéum et du scaphoïde. Dans la luxation *en dedans*, le calcanéum se porte en dedans et l'astragale fait saillie *en dehors*; le contraire a lieu dans la luxation en dehors.

La luxation latérale externe paraît plus fréquente que l'interne. Sur 18 cas dans lesquels la direction du déplacement est indiquée, le déplacement avait lieu douze fois en dehors et six fois en dedans.

Les causes de ces luxations sont tantôt directes, comme le passage d'un corps lourd sur le pied, tantôt indirectes, comme une chute dans laquelle le pied porte à faux sur le sol.

Lorsque la cause est directe; le mécanisme n'est soumis à aucune règle et varie avec la nature de l'accident. Lorsqu'elle est indirecte, le déplacement résulte le plus souvent d'un mouvement forcé d'adduction ou d'abduction joint au poids du corps pendant une chute. Interrogeant successivement l'anatomie et les détails étiologiques ou séméiologiques contenus dans les observations, l'auteur arrive à cette conséquence que la luxation en dehors se produit en général dans l'abduction forcée, et la luxation en dedans dans l'adduction forcée.

Le ligament interosseux astragalo-calcanéen est constamment rompu en totalité ou en partie. Lorsque la rupture n'est que partielle, ce sont toujours les fibres les plus externes qui résistent. Les ligaments péronéo-calcanéen et tibio-calcanéen, qui font partie des ligaments latéraux externes de l'article tibio-tarsien, cèdent aussi; l'un d'eux est toujours rompu, et le plus souvent ils le sont l'un et l'autre.

Les tendons, les vaisseaux, les nerfs et la peau subissent des tiraillements considérables et sont souvent déchirés. Ces lésions des parties environnantes ont toujours lieu au niveau de la tête de l'astragale.

Dans la *luxation en dedans*, la tête de l'astragale fait saillie sur la partie externe du dos du pied, en dehors des tendons extenseurs et des vaisseaux tibiaux antérieurs. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située à ce niveau. Les tendons extenseurs peuvent être rompus ou simplement refoulés; l'artère tibiale antérieure est quelquefois divisée.

Le pied est presque toujours porté dans une adduction permanente, les orteils en dedans, le talon en dehors; le bord externe

touche le sol, le bord interne est élevé, ce qui reproduit jusqu'à un certain point la forme du pied bot varus.

Dans la *luxation en dehors*, la tête de l'astragale fait saillie sur le bord interne du pied tantôt au niveau du scaphoïde, tantôt un peu en arrière. Elle refoule le tendon du jambier postérieur, le déchire parfois et plus souvent le rejette en bas ou en haut. Dans ce dernier cas, le col de l'astragale est pour ainsi dire étranglé entre ce tendon et le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur; de telle sorte que la ténotomie est quelquefois indispensable, soit pour obtenir la réduction, soit pour parvenir à extraire l'astragale. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située au-dessous et en avant de la malléole interne; l'artère tibiale postérieure est fréquemment déchirée.

Il y a deux degrés dans la luxation en dehors. Au premier degré, le calcanéum est encore situé en partie au-dessous de l'astragale; le membre n'est pas raccourci. Le pied est en abduction forcée, quelquefois même il est tout à fait transversal; le bord interne repose sur le sol, le bord externe est fortement élevé. Au deuxième degré, le calcanéum déborde entièrement l'astragale et remonte le long du bord externe du péroné; il y a un raccourcissement considérable; le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, font une saillie de deux à trois pouces à travers une plaie constante située sur le bord interne du pied.

La forme du pied, l'inspection directe des os lorsqu'il y a une plaie, et surtout la conservation des rapports normaux entre la tête de l'astragale et les deux malléoles permettent d'établir le diagnostic des luxations sous-astragaliennes. Un peu moins graves que les luxations proprement dites de l'astragale, elles se prêtent plus souvent à la réduction; mais elles sont parfois irréductibles; en pareil cas, s'il y a une plaie, l'extraction de l'astragale est indiquée; mais, s'il n'y a pas de plaie, il vaut mieux attendre et surveiller le développement des accidents.

Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée d'examiner d'autres travaux de M. Broca.

Éléphantiasis du prépuce.

M. Vidal (de Cassis), au nom de M. le docteur Goyrand, d'Aix, communique une observation fort curieuse d'éléphantiasis du pré-

puce; l'opération qui fut pratiquée pour remédier à cette infirmité fut suivie d'un plein succès.

M. Larrey considère l'observation de M. Goyrand comme offrant le plus grand intérêt non-seulement par elle-même ou par le développement énorme de la tumeur et par l'opération habile, heureuse qu'elle a nécessitée, mais encore par l'origine et le siége de cet éléphantiasis.

C'est d'ordinaire aux dépens du scrotum que les maladies de cette nature ont été rencontrées, tandis qu'aux dépens du prépuce c'est exceptionnel. Ainsi quelques faits signalés par d'anciens auteurs, l'observation publiée par Imbert Delonnes, différents cas rapportés dans la *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient*, les remarques faites par Alard dans son livre sur les *maladies du système lymphatique*, l'opération pratiquée par Delpech, l'histoire écrite par Clot-Bey à propos d'une opération analogue faite par lui en Egypte, d'autres faits encore et ceux même qui ont été communiqués à la Société de chirurgie sont autant d'exemples d'éléphantiasis du scrotum et non du prépuce, bien qu'il paraisse difficile que l'une de ces parties soit aussi considérablement hypertrophiée à l'exclusion de l'autre.

Les réflexions qui suivent l'exposé de ce cas extraordinaire mériteraient de la part de notre honorable correspondant d'Aix quelques développements propres à fixer l'état actuel de la science sur l'étiologie des faits du même genre; et je proposerais alors, ajoute M. Larrey, de renvoyer l'intéressant travail de M. Goyrand au comité de publication pour l'insérer dans les *Mémoires* avec un dessin linéaire de la tumeur éléphantiaque.

M. Vidal. De tous les faits qui me sont connus, celui qui présente le plus d'analogie est celui qui a été communiqué au sein de la Société par notre honorable collègue M. Rigal (de Gaillac).

M. Giraldès dit que les faits de ce genre sont généralement rares; mais que, dans le livre de Titley sur les maladies des organes génitaux, il en existe cependant des exemples.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la société, Marjolin.

Séance du 24 novembre 1852.

Présidence de M. Guersant.

Amputation sous-astragalienne pour une nécrose du calcanéum gauche.

M. Nélaton présente un jeune malade âgé de seize ans, sur lequel il a pratiqué au mois de mars 1852 l'opération indiquée. (L'observation complète de ce cas a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 22 mai 1852.)

M. Nélaton pense que, dans le cas dont il s'agit, cette opération offre plus d'avantages que l'amputation sus-malléolaire. Le procédé qu'il a suivi, et qui se rapproche beaucoup de celui de M. J. Roux, de Toulon, permet d'appliquer la peau du talon sur la face inférieure de l'astragale; plus tard, ce lambeau formant un coussinet solide, le malade peut, en marchant, s'appuyer sans crainte. Un autre avantage, c'est que, de cette façon, on n'a que très peu de raccourcissement (2 centimètres); il est alors facile, lorsque le malade porte une bottine à talon élevé, de marcher sans boiter. Chez ce jeune homme, la réunion du lambeau s'était faite par première intention; mais il resta deux fistules qui persistèrent pendant quatre mois: la guérison n'est complète que depuis la fin d'août.

Correspondance.

M. le professeur Grimm, de Berlin, associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Charrière fils adresse à la Société un scarificateur urétrotome pouvant agir à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Des remercîments sont adressés à M. Charrière, et l'instrument renvoyé à une commission composée de MM. Monod, Michon, Robert.

— M. Gerdy fait hommage à la Société du second volume de son *Traité de chirurgie pratique*. Ce volume renferme des recherches

nouvelles sur les inflammations, les diatbèses purulentes, les gangrènes, les brûlures, les froidures, les plaies par arme à feu.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Gerdy au nom de la Société.

Des productions fibro-plastiques accidentelles et des tumeurs fibro-plastiques.

M. LEBERT lit sous ce titre la première partie d'un mémoire dont le but est de compléter et de rectifier sur quelques points ses précédentes recberches.

Mon opinion fondamentale sur les tumeurs fibro-plastiques, dit M. Lebert, est encore aujourd'bui que c'est un tissu *non cancéreux*, mais une maladie qui dans certaines circonstances, bien loin d'être bénigne, peut entraîner les conséquences les plus graves. L'un des objets de ce travail est précisément de démontrer quelles sont les limites et les conditions de cette malignité, et qu'en aucun cas celle-ci n'autorise à identifier ces productions avec le cancer.

L'auteur admet trois tissus fibro-plastiques identiques de structure, mais différents sous le rapport de la formation, du pronostic et de la thérapeutique. Ces trois groupes sont :

1° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire;

2° L'bypertrophie fibro-plastique;

3° La formation fibro-plastique autogène et essentielle.

Dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques autogènes, il y a encore bien des sous-divisions à établir, dont les unes se rapportent au groupement des éléments anatomiques, à l'aspect des tissus, les autres à la marche clinique différentielle, etc.

M. Lebert définit les tumeurs fibro-plastiques essentielles de la manière suivante : tumeurs composées d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie et qui n'est autre chose que du tissu cellulaire ou fibreux incomplétement développé et en voie de formation. Ces tumeurs constituent une maladie *ordinairement locale* qui, dans quelques-nnes de ses formes, a une tendance à récidiver sur place, et qui, dans des cas exceptionnels, peut se généraliser dans l'économie tout entière, comme du reste beaucoup d'autres maladies qui dans le principe sont essentiellement locales.

Quant à la division anatomique, M. Lebert distingue trois groupes principaux :

a. Des tumeurs molles, lobulées, d'un jaune rosé, passablement vasculaires;

b. Des tumeurs plutôt homogènes, d'un jaune pâle ou d'un jaune rougeâtre se rapprochant de la couleur de la chair;

c. Des tumeurs dans lesquelles la gangue intermédiaire entre les cellules, les fuseaux et les fibres est constituée par une masse abondante d'une substance demi-transparente, gélatiniforme, constituant la variété fibro-gélatineuse de ce tissu.

En jetant un coup d'œil sur les différences selon le siége, on arrive avant tout, en commençant par la surface, à ce groupe si curieux de ces tumeurs fibro-plastiques de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané qu'Alibert a désignées sous le nom de kéloïdes. Ces tumeurs montrent une grande opiniâtreté dans leur reproduction locale sans offrir de tendance à la généralisation.

Les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées profondes se rencontrent de préférence sur les membres, plus rarement sur le tronc. Dans quelques régions, dans la cuisse surtout, elles ont une tendance très prononcée à atteindre un grand volume. Dans les organes plus profonds, leur marche est plus variable. On rencontre parmi les tumeurs fibro-plastiques des organes internes un groupe naturel des plus curieux, celui des tumeurs des méninges, qui, tout en comprimant et en déprimant le cerveau, ne font presque jamais corps avec lui, offrent une structure lobulée particulière, et présentent cela de particulier, qu'arrivant ordinairement au terme naturel de leur développement, tant comme tumeur que comme maladie, on les trouve cependant uniques dans l'économie, par conséquent sans infection locale et sans action toxique ou infectante sur l'économie.

Les tumeurs fibro-plastiques du système osseux forment aussi un groupe à part. M. Lebert ne leur a vu jusqu'à présent qu'une seule fois une tendance à la généralisation; mais dans un certain nombre de cas elles n'ont pas moins une marche fort grave, leur diffusion locale s'irradiant souvent au loin dans les portions profondes et cachées du périoste et de l'endoste. Aussi ne parvient-on en pareil cas à garantir la vie des malades qu'en faisant des opérations suffisamment étendues, et en enlevant au delà des parties même soupçonnées malades.

M. Lebert a observé enfin des tumeurs fibro-plastiques sur di-

verses espèces d'animaux domestiques ; elles offraient les mêmes caractères à peu près que chez l'homme, tant comme tissu que comme maladie essentiellement locale.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire, pour comparer ensuite l'hypertrophie fibro-plastique aux tumeurs autogènes de ce genre.

Voici les principaux caractères qu'il assigne au premier de ces tissus.

Tumeurs fibro-plastiques d'origine inflammatoire. — Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une espèce de passage intéressant entre la formation d'un tissu nouveau, à laquelle la gêne circulatoire phlegmasique a donné l'impulsion, et celle d'un tissu en tout point normal que nous voyons si souvent naître sans trouble de la circulation capillaire par suite d'une modification primitive et essentielle de la nutrition locale. Cependant une différence bien profonde existe entre ces deux modes d'origine différents d'un tissu en tout semblable. C'est le fait que le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire a une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive, à son atrophie propre, à sa disparition presque complète, tandis que le tissu fibro-plastique, lorsqu'il est d'origine autogène, tend au contraire à s'accoître continuellement. En un mot, le produit inflammatoire tend à *être cicatrice*, tandis que le même produit, d'origine spontanée, tend à prendre de plus en plus un développement indépendant et à *former tumeur.*

Ce tissu, d'origine phlegmasique, se rencontre de préférence lorsqu'un travail inflammatoire se prolonge ou lorsqu'il y a un travail réparateur à faire. On le retrouve dans cette substance jaune et lardacée qui double extérieurement la membrane synoviale dans les tumeurs blanches. On le rencontre dans ce tissu rouge, mou et fongueux qui entoure et revêt les fistules.

Dans les plaies, on rencontre tantôt de véritables tissus fibro-plastiques comme base et gangue des vaisseaux qui constituent les bourgeons charnus, tantôt un blastème simplement coagulé de pus englobant une grande quantité de cellules purulentes. Il a paru à l'auteur que la composition fibro-plastique des bourgeons charnus coïncidait plutôt avec les suppurations prolongées qui ne tendaient que lentement vers la cicatrisation. On a vu aussi appa-

raître le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire autour des tubercules qui infiltrent une partie de l'épididyme ou du testicule. Il y a enfin une dernière circonstance dans laquelle on rencontre ce tissu d'origine inflammatoire avec tous ses caractères, c'est à la base dermatique du chancre induré.

L'auteur passe ensuite à l'étude des tumeurs fibro-plastiques hypertrophiques et autogènes, il commence par la description des caractères communs aux deux formes d'origine différentielle.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 1er *décembre* 1852.

Présidence de M. GUERSANT.

M. Diday, chirurgien des hôpitaux de Lyon, assiste à la séance. — Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le Dr Duval, membre de l'Académie de médecine, fait hommage à la Société d'un mémoire sur les accidents qui accompagnent l'extraction des dents.

M. LARREY est chargé de rendre compte de ce travail.

— M. LEBERT continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

Caractères physiques des tumeurs fibro-plastiques.

On pourrait être étonné de rencontrer des tumeurs fibro-plastiques dans des conditions en apparence fort différentes. On cessera d'en être frappé en réfléchissant que le tissu fibro-plastique n'est qu'une variété transitoire du tissu cellulaire ou connectif, qui est le plus répandu dans l'économie.

La forme de ces tumeurs est arrondie, lisse ou lobulée, quelquefois aplatie, lorsque quelque obstacle s'oppose à leur développement, comme dans les méninges, ou même, sans cela, dans certaines régions, lorsque, par exemple, quelque élément sphé-

roïde de la peau subit un travail hypertrophique. Si ce travail se fait dans une glande, la tumeur présente la forme exagérée de celle-ci. Dans la kéloïde, qui est tout entièrement composée de tissu fibro-plastique, on rencontre tantôt des tumeurs uniques et plus volumineuses, tantôt des tumeurs multiples sur les mêmes régions. En général, elles sont libres, sans adhérence pédiculée avec le voisinage. Mais on les rencontre presque pédiculées dans les membranes du cerveau, au moins avec une attache circonscrite. Elles sont sessiles tout à fait lorsqu'elles proviennent de l'os.

Ces tumeurs sont susceptibles d'acquérir un grand volume, surtout dans les membres et dans certains organes glandulaires qui ont subi l'hypertrophie fibro-plastique, comme par exemple dans les glandes lymphatiques, dans la parotide et dans la mamelle. Elles atteignent leur maximum dans la cuisse et à l'origine des membres, savoir : le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte. Lorsque le tissu fibroïde gélatineux, qui en constitue une des principales variétés, existe en abondance, ces tumeurs présentent surtout la tendance à être très volumineuses.

Parmi les tumeurs de ce genre qui ont un volume moyen, nous citerons, en général, celles qui proviennent du périoste, auxquelles j'ajouterai deux faits, dont l'un a rapport à une tumeur du col utérin que j'ai extirpée, et l'autre à une tumeur que j'ai enlevée à la partie inférieure de la jambe. Nous notons enfin, parmi les tumeurs de petite dimension tout à fait, le volume d'une fève, d'une noisette, d'une plaque de la largeur d'une pièce de cinq francs dans des productions de ce genre qui naissent à la surface de la peau, à la superficie de la conjonctive, dans l'œil, dans le conduit auditif.

La consistance des tumeurs fibro-plastiques est élastique, molle, et même d'une fluctuation trompeuse ou plus ferme, et semblable à celle des tumeurs fibreuses; elle peut être celle de l'os si beaucoup de tissu osseux se trouve dans son intérieur, dans les cas où la maladie prend naissance dans le périoste. En général, ces tumeurs sont mobiles par rapport aux parties ambiantes, surtout si elles sont situées sur le trajet des membres ou dans des glandes; elles sont plutôt sessiles si elles sont formées dans la peau ou sur le trajet des os. Leur enveloppe est fibro-celluleuse, quelquefois fibreuse. Nous l'avons vue plusieurs fois conservée à travers des ulcérations superficielles qui étaient nées d'une simple distension mé-

canique des téguments. Du reste, l'ulcération a à peine existé dans un douzième des observations. Ainsi, ces tumeurs ont peu de tendance à ces terminaisons.

L'aspect du tissu fibro-plastique à l'œil nu peut se présenter sous plusieurs formes types. La plus commune est cellu d'un tissu homogène, d'un jaune pâle, blanchâtre, qui ressemble tout à fait à une tumeur fibreuse, à part la consistance moindre. Le tissu peut être mêlé d'une substance gélatineuse demi-transparente, ce qui donne alors à l'ensemble de la substance une coloration d'un jaune pâle, verdâtre, et une espèce de demi-transparence. La vascularité, dans cette forme, est peu considérable; cependant elle peut l'être davantage par places, et donner lieu alors même à des ruptures vasculaires ou à des épanchements sanguins.

Lorsque la vascularité est généralement plus abondante, le tissu prend une nuance rosée ou même rouge, d'aspect charnu. En pressant et en grattant ce tissu, on n'obtient qu'un suc clair et transparent.

La seconde forme type du tissu fibro-plastique offre en tout les caractères de la précédente; seulement, au lieu d'être lisse et homogène, elle offre une disposition inégale; et, selon le volume de ses inégalités, un aspect grenu, lobulé et même bosselé.

Lorsqu'au lieu d'avoir de grandes divisions, le tissu est réparti en granulations fines, on enlève par le grattage un suc qui, au premier abord, paraît trouble, parce qu'il tient en suspension une multitude de granulations; c'est un suc grumeleux et non trouble. Cependant ce dernier caractère, quoique exceptionnel, peut exister comme dans toute espèce d'émulsion d'éléments cellulaires. La vascularité est plus forte dans le tissu fibro-plastique lobulé que dans le tissu lisse. Le mélange avec le tissu demi-transparent y existe aussi bien que dans la forme homogène.

A côté de ces types, on rencontre quelques modifications dues à des altérations de ce tissu : telles sont l'infiltration purulente ou même des abcès, l'aspect d'un jaune terne semblable à de la matière tuberculeuse, que j'appelle phymatoïde, et qui est dû à un desséchement avec altération grasse des cellules. Des concrétions calcaires y sont généralement un résidu de l'hémorrhagie. Nous notons des réseaux osseux dans l'ostéosarcome fibroïde. Des kystes superficiels ou profonds, à contenu séreux ou sanguin, y ont été

constatés plusieurs fois par nous. Nous ajouterons enfin que nous avons rencontré des tumeurs mixtes dans lesquelles le tissu fibro-plastique n'était qu'accessoire. Telles étaient plusieurs tumeurs adipeuses, cartilagineuses, cancéreuses que nous avons observées.

Examen microscopique.

La variété de texture dans ces tumeurs, répond plutôt au groupement des derniers éléments qu'à des différences essentielles de ceux-ci; et nous avons, au contraire, un point de départ anatomique fixe qui fait mieux comprendre la connexion de ces produits, malgré leur physionomie variée. Voici les principaux éléments: les cellules fibro-plastiques sont arrondies, sphériques ou ovoïdes, allongées ou irrégulières, généralement assez plates. Plus elles sont jeunes, plus la membrane d'enveloppe est pour ainsi dire accolée à la surface du noyau. Elles ont en moyenne une dimension de 1/100e à 1/60e de millim. La paroi cellulaire est pâle, homogène, peu grumeleuse. On rencontre un ou deux noyaux dans leur intérieur; cependant une variété de ces cellules désignée comme cellules mères, renferme un grand nombre de ces noyaux. Ceux-ci ont en moyenne 1/200e à 1/140e de millim. de largeur; ils sont ronds dans le principe, mais plus tard ils sont ovoïdes, et peuvent même s'allonger considérablement, au point d'atteindre jusqu'à 1/140e de millim. de longueur. Ces noyaux sont généralement plats, et renferment un ou deux noyaux ponctiformes. Dans les cas rares d'infection fibro-plastique, on trouve une grande richesse en cellules.

Les corps fusiformes si caractéristiques pour ce genre de tumeurs constituent pour ainsi dire l'intermédiaire entre la cellule et la fibre. Ils sont allongés et se terminent dans la plupart du temps des deux côtés par une espèce de prolongement très effilé, quelquefois divisé. Leur largeur moyenne est de 1/130e de millim. Cependant, ils peuvent atteindre 1/100e, mais leur longueur est quelquefois très considérable, de 1/40e de millim. en moyenne, allant à 1/20e et même à 1/10e. Il n'est pas rare de rencontrer le tissu fibro-plastique entièrement composé de ces fuseaux, ce qui nous a fait donner à cette variété le nom de tissu fusiforme. On trouve enfin, microscopiquement parlant, aussi bien qu'à l'œil nu, tous les passages au véritable tissu fibreux.

Outre ces cellules simples et les corps fusiformes, on rencontre de grands feuillets ou des cellules mères variant entre 1/33e et 1/12e de millim., et renfermant un certain nombre de noyaux, dont quelques-uns peuvent même être entourés de leurs parois cellulairés au dedans de la cellule principale. Ces grandes cellules sont quelquefois comme enroulées de fuseaux, et ces amas bien délimités constituent ce que j'appelle des globes concentriques fibro-plastiques, qui même par la suite peuvent subir plusieurs altérations : la séparation en anneaux épais avec des espaces vides entre eux, une altération granuleuse particulière, une décomposition en vertu de laquelle des petites sphères albuminoïdes et transparentes se forment dans leur intérieur. Les cellules et les fuseaux fibro-plastiques ordinaires subissent souvent aussi l'infiltration granulo-graisseuse comme toute espèce de cellules.

La substance gélatineuse des tumeurs fibro-plastiques est sous le microscope à peu près transparente et parsemée de fibres fines, ainsi que de noyaux cellulaires. Les éléments graisseux libres sont étonnamment rares dans toutes ces tumeurs. A leur surface, on rencontre quelquefois la couche épitbéliale de la région correspondante; on voit, enfin, dans leur intérieur les éléments microscopiques de l'os, si ce tissu a été constaté à la dissection ordinaire.

Les rapports des tumeurs fibro-plastiques avec les tissus voisins sont ceux d'adbérences cellulaires lâches dans les parties molles, tandis que ce sont de véritables excroissances dans l'os. Comme toute espèce de tumeur, elles font disparaître les parties voisines par absorption et par compression lorsqu'elles subissent un accroissement rapide. Une seule fois nous avons observé l'envahissement par infiltration.

Quant au siége, nous avons dans nos observations 23 cas d'hypertrophies fibro-plastiques se rapportant au derme, aux glandes lymphatiques, à la parotide, aux glaudes palatines, aux glandes sébacées, au testicule, à la mamelle, à des parois de kystes, enfin. Nous possédons 7 observations de tumeurs kéloïdes, dont 2 cicatricielles et 5 spontanées, siégeant en majeure partie au tronc. Parmi les tumeurs fibro-plastiques autogènes superficielles, au nombre de 27, nous notons 5 cas à la figure et aux organes externes des sens, 4 au tronc, 4 aux membres supérieurs et le nombre considérable de 14 aux membres inférieurs.

Parmi 16 cas de tumeurs fibro-plastiques au fond des parties molles, nous notons 1 dans les bourses, 1 du col utérin, 1 dans les plèvres et 13 dans les méninges, dont 8 à la base. Nous avons observé 13 cas d'ostéosarcome fibro-plastique, parmi lesquels nous insistons sur la prédilection marquée pour les os de la face et surtout pour les mâchoires. Nos cas de pathologie comparée, enfin, se rapportent à des productions fibro-plastiques sous-cutanées, sous-muqueuses, dans les glandes et dans les os maxillaires.

Les phases de développement possibles des tumeurs fibro-plastiques sont très nombreuses et très variées; nous ne pourrons que les indiquer dans ce court résumé. Ce sont le dépôt local, l'accroissement lent et ensuite plus rapide, l'état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération et aussi dans des cas rares la gangrène.

Les deux sexes sont également disposés au développement de ces productions, qui sont répandues sur tous les âges de la vie. C'est ainsi que plus d'un tiers se trouvent jusqu'à l'âge de 35 ans, pas tout à fait un tiers après 50 ans, mais la plus grande fréquence se rencontre entre 35 et 50 ans, 23 sur 60 cas dans lesquels l'âge est noté.

La tendance aux récidives est bien plus prononcée dans ces tumeurs que dans plusieurs autres espèces de productions accidentelles homœomorphes.

Des kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Giraldès a la parole pour la lecture d'un mémoire sur les kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Larrey. J'ai eu occasion de voir les nombreuses préparations anatomiques de M. Giraldès sur les sinus maxillaires, et je viens d'écouter avec attention la lecture de son intéressant travail sur les kystes muqueux de ces cavités; mais je m'étonne que notre savant collègue n'ait rien dit des recherches qu'il avait pu faire dans un onvrage digne au moins d'être cité par lui. Je veux parler du *Traité des maladies chirurgicales de la bouche* par Jourdain, qui a consacré près d'un volume entier à l'étude des maladies des sinus maxillaires.

Ce livre sans doute est loin de répondre aujourd'hui aux besoins de la science; les observations n'en sont pas complètes, ni les appréciations toujours exactes; mais au moins renferme-t-il peut-être quelques données utiles, sinon des faits analogues aux recherches spéciales faites par M. Giraldès sur les kystes muqueux des sinus maxillaires. Personne mieux que lui ne serait à même de dire, par exemple, s'il existe ou non quelque chose de notable dans les chapitres de la *Rétention du mucus*, des *Hydropisies*, des *Tumeurs lymphatiques des sinus*, etc., afin de rapprocher ou de différencier ces affections des kystes muqueux en appréciant leurs caractères anatomo-pathologiques.

M. Giraldès. Je sais que cet ouvrage renferme un certain nombre d'observations, mais elles sont si obscures qu'il m'a été impossible d'en tirer aucun parti.

Le premier mémoire de Jourdain sur les abcès du sinus maxillaire est certainement un travail qui a de la valeur; mais le reste de son ouvrage peut induire en erreur ceux qui le consulteraient.

Ainsi, je citerai parmi les faits de ce genre une observation dans laquelle il est question d'une tumeur dure élastique et qui devait sans aucun doute être un enchondrome; mais la description donnée par l'auteur ne permet pas de l'employer dans une histoire des enchondromes de la face.

La question dont je viens d'entretenir la Société n'avait pas encore été traitée, et il n'y a rien de semblable dans Jourdain. A part les pièces déposées par M. W. Adams au musée de l'hôpital Saint-Thomas, nulle part je n'ai rien trouvé de semblable.

J'ajouterai que je crois que c'est une mauvaise manière de faire de la science que de chercher à élucider une question controversée avec des observations recueillies dans les auteurs, car très souvent on emploie des matériaux mal préparés.

Comme preuve de ce que j'avance, il suffit souvent de comparer les pièces qu'on voit dans les musées avec les observations qui y ont trait. Or, dans quelques cas, il serait aisé de faire deux observations, l'une avec le fait publié, l'autre avec la pièce anatomique. Donc, traiter une question litigieuse avec des faits qu'on n'a pas vus, dont on ne connaît pas la signification, ce serait s'exposer à introduire des erreurs et fonder un édifice scientifique qui s'écroule

par la base. Je pense que, dans ces cas, on ne doit employer que les faits qu'on a pu recueillir et contrôler. Du reste, je crois que cette altération pathologique est ce qui constitue les hydropisies.

M. Michon. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Giraldès, c'est un travail tout à fait nouveau ; il y a là une description très intéressante de ces kystes, mais ce n'est que de l'anatomie pathologique. Je demanderai donc à notre honorable collègue où sont les observations sur lesquelles il a fait sa symptomatologie et son traitement ? sur quoi il s'est fondé pour dire que cette affection était très commune, tandis que nous la voyons très rarement dans la pratique? J'ajouterai si rarement, que depuis bientôt trente ans que je suis dans les hôpitaux, je n'en ai pas encore vu un cas.

Quels sont, enfin, les signes pour établir le diagnostic différentiel entre les kystes et les hydropisies du sinus maxillaire?

M. Giraldès. Je crois que M. Michon n'a pas fait attention à un point du travail qui répond à son objection ; car j'ai dit, en terminant : si ma manière de voir se confirme, il suffirait, pour compléter ce travail, d'ajouter la symptomatologie des hydropisies du sinus à l'histoire des kystes de la même cavité. En effet, je n'ai point fait ici autre chose que de combler une lacune dans l'histoire de l'anatomie pathologique de ces maladies ; j'ai voulu attirer sur ce point l'attention des chirurgiens. Plus tard, si l'occasion se présente, il sera curieux de vérifier si cet amas de liquide qui se fait quelquefois dans le sinus maxillaire est dû à une véritable hydropisie ou au développement d'un kyste ; si c'est véritablement une hydropisie, mon travail demande alors à être complété par une étude de la symptomatologie.

M. Roux. Malgré tout le plaisir que j'ai eu à entendre l'intéressante communication de M. Giraldès, je ne puis m'empêcher de lui dire que, sous certains points, je partage l'avis de M. Michon. Ainsi, il est évident pour tous que, quel que soit le point de départ de l'affection connue sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire, c'est une affection des plus rares ; c'est tout au plus si je crois en avoir vu une trentaine.

Dans les premiers temps que j'étais à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu occasion d'en rencontrer un cas ; j'en fis part au professeur Sanson, qui en fut très étonné et me dit n'en jamais avoir observé.

J'ajouterai, au point de vue clinique, que jamais l'épanchement ne devient considérable sans que la paroi du sinus soit détruite, et c'est habituellement au niveau de la fosse canine; avant, elle commence par être soulevée, et enfin il se fait une ouverture circulaire. Les dents sont habituellement ou ébranlées ou tombées, et comme on ne s'aperçoit de l'affection qu'après la chute de ces dernières, elle semble succéder à leur extraction.

Dans l'hydropisie du sinus maxillaire, je crois que l'épanchement se fait à la surface interne de la membrane muqueuse; ce n'est donc pas un kyste proprement dit. Ce qui me fait pencher vers cette opinion, c'est que, lorsqu'on ouvre la tumeur, le liquide qui s'échappe a beaucoup d'analogie avec celui qu'on trouve dans les grenouillettes, et, lorsqu'on porte le doigt dans la cavité du sinus, on trouve une surface lisse, non malade; il n'y a rien d'analogue avec les tumeurs enkystées.

Je crois que la tuméfaction du sinus maxillaire est due à un amas de mucus et non de sérosité; aussi le nom d'hydropisie me paraît peu convenable pour désigner cette maladie.

Si quelque chose doit nous étonner, c'est que cette affection ne soit pas plus commune, quand on pense au peu de facilité de l'issue du liquide par l'ouverture naturelle du sinus.

Du reste, il n'y a pas que cette cavité qui puisse se dilater outre mesure; lorsque son ouverture de communication se trouve oblitérée, nous trouvons un exemple analogue dans les dilatations de la vésicule biliaire.

M. Giraldès. Je remercierai tout d'abord M. Roux des compliments affectueux qu'il a bien voulu me faire, et lui répondrai ensuite qu'il raisonne d'après des idées cliniques, sans preuve des faits qu'il avance. Ces idées, M. Roux les a reçues de ses devanciers et nous les transmet telles. Ce n'est pas là le point que j'ai eu en vue dans mon travail. J'ai examiné une grande quantité de cavités du sinus maxillaire, et dans presque toutes j'ai rencontré des kystes déterminant des dilatations comme des hydropisies. Ces dilatations ne se font pas toutes au même endroit; tantôt elles ont lieu au niveau de la voûte palatine, tantôt du côté des sinus sphénoïdaux; il y a donc là autre chose que l'hydropysie qui détruisait la paroi du sinus au niveau de la fosse canine. Je ne veux pas être

exclusif dans mon travail; mais jusqu'à preuve du contraire je persisterai dans mon opinion.

Dans les faits dont parle M. Roux, les ouvertures restent fistuleuses. C'est également ce que M. Brodie a noté; tout porte à croire qu'il y a un corps étranger, qui ne serait autre qu'un de ces kystes. Pour obtenir la guérison radicale il faudrait alors, non pas se contenter d'une simple ponction, mais bien ouvrir la cavité du sinus et la débarrasser de tous les kystes.

M. Denonvilliers. La description que M. Roux vient de nous donner de l'hydropisie peut s'appliquer à un énorme kyste. Ce que j'ai vu dans des recherches faites sur le sujet, vient à l'appui des observations de M. Giraldès. Sur la moitié des cadavres on trouve des kystes. Il n'y aurait donc rien de surprenant que les hydropisies fussent la conséquence du développement des kystes.

M. Giraldès. J'insisterai sur ce fait que, suivant l'implantation de ces kystes, la dilatation ou la déformation du sinus se fait dans des points différents; quelquefois elle n'a lieu que sur un point; d'autres fois elle a lieu dans tous les sens ; elle peut se faire au niveau des arcades dentaires aux dépens même d'une alvéole en chassant la dent.

M. Gerdy. Plus nous avançons, plus nous voyons que de simples follicules peuvent former des poches, des kystes renfermant des matières très diverses. M. Huguier a publié des faits de ce genre, et il serait bien possible que M. Giraldès eût raison. Seulement, comme M. Michon l'a observé, il faut faire la symptomatologie.

M. Morel-Lavallée. Notre collègue a cité la fréquence des kystes pour prouver que l'hydropisie du sinus maxillaire n'est autre que le développement d'un kyste. Comment se fait-il donc, d'une part, comme l'ont dit MM. Roux et Michon, que l'hydropisie du sinus maxillaire soit si rare, tandis que les kystes sont si communs ?

M. Denonvilliers. C'est qu'il est rare que les kystes arrivent à un développement considérable.

M. Giraldès. La vérité est que les kystes sont très communs, que les uns dilatent les sinus, et les autres restent inaperçus.

M. Denonvilliers. Il faut bien faire attention qu'il s'agit ici de kystes et non d'hydropisies incomplètes. Ce qui est en faveur des idées de M. Giraldès, c'est qu'on ne trouve pas de rudiment d'hy-

dropisie, tandis qu'on trouve chez presque tous les sujets des kystes de toute grosseur, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. C'est là, je crois, le début de la maladie. Si on ne s'en aperçoit pas, c'est que la compression qui agit uniformément sur les kystes les empêche de se développer, et qu'en outre ne recevant aucune excitation, ils restent à l'état latent comme les tubercules.

M. Roux. J'aurais désiré connaître l'opinion de M. Giraldès sur la nature des liquides.

M. Giraldès. C'est le même liquide que celui qu'on a décrit dans les hydropisies.

M. Morel-Lavallée. L'observation de M. Denonvilliers est juste; mais de ce qu'on n'a pas rencontré d'hydropisie partielle, il ne faut pas en conclure qu'elle n'existe pas. L'hydropisie du sinus maxillaire ne se fait pas lentement, mais très rapidement.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 8 décembre 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. Follin lit au nom de M. le docteur Verneuil la note suivante:

Note sur une hydropisie du sinus maxillaire.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de vingt-cinq ans environ, destiné aux manœuvres opératoires. Le sinus maxillaire du côté gauche est complétement rempli par un mucus visqueux, filant, très teuace et très adhérent à la muqueuse. Ce liquide, d'un jaune sale, est transparent, sans mélange de pus; le microscope y constate une petite quantité de cellules d'épithélium cylindriques, dont les cils vibratiles ne sont plus apparents. La muqueuse est assez fortement injectée; le microscope y fait aussi découvrir bon nombre de vaisseaux. Cette membrane n'a guère augmenté d'épaisseur; elle se dessèche avec facilité et ne présente

à sa face interne aucune production anormale; on y rencontre néanmoins des kystes folliculaires d'un volume très minime.

La muqueuse se détache facilement de l'os qu'elle revêt; celui-ci néanmoins reste, après cette ablation, recouvert encore d'une couche périostique. La cavité du sinus n'est point distendue; les os ne sont ni amincis, ni malades; la dernière molaire, ou dent de sagesse, achève son évolution, et le tissu spongieux de l'alvéole qui l'entoure paraît visiblement injecté et se laisse facilement couper. Cependant la rainure ne pénètre pas dans le sinus. L'irritation causée par la crue de cette dent n'est peut-être pas étrangère à l'hypersécrétion dont la paroi du sinus est le siége.

La muqueuse pituitaire n'est pas épaissie. On ne retrouve pas l'orifice au sinus dans le point où les auteurs le décrivent. Cet orifice, au contraire, se trouve là où M. Giraldès l'a décrit, c'est-à-dire à la partie antérieure et supérieure du sinus, immédiatement derrière le conduit nasal.

Quoique l'orifice du sinus soit resté libre et aussi large que de coutume, on comprend l'accumulation du mucus dans la cavité du sinus. Ce mucus est, en effet, si tenace, que l'on ne peut qu'à grand'peine le détacher de la muqueuse à travers une large ouverture de celle-ci et en faisant intervenir l'action d'un courant d'eau.

Le périoste extérieur se détache bien facilement de la surface de l'os maxillaire.

Cette pièce me paraît un exemple bien avéré de l'hydropisie du sinus maxillaire. En n'attachant à cette dénomination qu'une valeur médiocre, M. Giraldès, qui a examiné la pièce avec moi, n'est pas éloigné d'admettre cette opinion. Cet auteur regarde une telle lésion comme très rare. Dans tous les cas, l'hydropisie est tout à fait commençante, et paraît remonter à une époque peu éloignée, car les pièces osseuses ne sont pas encore écartées.

M. Giraldès. Tout en priant la Société d'accueillir la note de M. Verneuil et de l'insérer dans ses Bulletins, je dois ajouter que je ne partage pas son opinion, comme il le laisse supposer. La pièce dont il est question, que j'ai examinée avec soin, ne doit pas être considérée comme un exemple démontrant l'existence des hydropisies du sinus. Dans cette pièce, la cavité du sinus n'a subi aucune modification; elle est d'une petite dimension et nullement distendue; le mucus qu'on y trouve est épais, très consistant, et

je me demande s'il n'était pas contenu dans un kyste dont les parois auraient été déchirées pendant la préparation.

M. Roux. Je crois que M. Giraldès se laisse un peu trop entraîner vers un seul point de vue. Il ne faut pas oublier que, pour que la dilatation du sinus ait lieu, il faut que sa cavité soit remplie.

M. Forget. Comme le disait tout à l'heure M. Roux, je crains que, par suite de ses recherches, M. Giraldès ne veuille considérer qu'un seul point de la question. Je crois que c'est aller beaucoup trop loin que de supposer la destruction d'un kyste; c'est une hypothèse qu'on ne peut pas admettre. Dans la pièce dont parle M. Verneuil, il est très possible qu'il y ait eu là une hypersécrétion de mucus et une hydropisie en train de se former. Et après le travail très intéressant que nous a communiqué M. Giraldès, on se demande si l'existence de kystes dans la cavité du sinus n'est pas l'état normal, tandis que l'affection décrite par M. Verneuil serait l'état morbide.

M. Giraldès. Notre honorable collègue me prête une opinion que je n'ai pas avancée; il me fait dire qu'il existait un kyste dont les parois ont été absorbées; j'ai dit qu'il pouvait y avoir eu un kyste que la préparation a pu déchirer. D'ailleurs, si M. Forget avait vu la pièce, il aurait sans doute apprécié autrement les faits, et il n'aurait pas supposé que la phlogose de la membrane du sinus pouvait servir à expliquer cette accumulation de mucus. La membrane du sinus était congestionnée, mais point enflammée; il n'y avait aucune exsudation; rien donc ne permet d'avancer une telle opinion.

M. Forget. Je conçois que M. Giraldès soutienne son opinion, mais je n'en partage pas moins les doutes de M. le professeur Roux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur ostéo-sarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit.

M. Huguier présente la nommée Eugénie-Florence Nezondet, âgée de quarante-cinq ans, journalière, demeurant à la gendarmerie de Puteaux, née à Laval-Saint-Germain (Seine-et-Marne), mariée à Charles Denis, entrée le 8 décembre 1852 à Beaujon.

Son père avait toujours joui d'une bonne santé, quand il fut

pris d'une ascite, pour laquelle on fit une ponction. Il mourut après deux ans de souffrances, âgé de soixante ans.

La mère succomba à cinquante-six ans, après onze jours de maladie. Pendant ses derniers instants elle toussait beaucoup et expectorait des crachats d'une couleur rouge-jaunâtre.

Notre malade n'a eu qu'un frère, qui est son jumeau ; il est cependant vigoureusement constitué; il a été soldat et n'a jamais été malade.

Elle a eu deux enfants, l'un à l'âge de vingt-six ans, l'autre à trente-cinq ans; tous deux sont bien conformés et bien portants.

Cette femme est d'une taille au-dessus de la moyenne; elle paraît douée d'une forte constitution; ses muscles sont très développés; elle ne manque pas d'embonpoint; elle semble avoir un tempérament sanguin; elle a les cheveux et les yeux bruns, la face très colorée. Elle naquit à Laval, pays sain, bien situé, où elle fut allaitée par sa mère et sevrée seulement à l'âge de dix-huit mois. A l'âge de dix ans, elle fut atteinte de la rougeole, et à dix-sept ans de la variole. Elle ne se rappelle pas avoir eu la scarlatine.

Depuis cette époque, elle a eu une nourriture presque exclusivement végétale; elle ne mangeait pas de viande plus d'une fois par semaine, menait une vie très active.

Jamais elle n'a eu aucun symptôme de maladie scrofuleuse; elle ne porte autour du cou, ni ailleurs, aucune cicatrice qui puisse le faire supposer.

Jamais elle n'a fait d'excès alcooliques. A dix-neuf ans, elle eut une fièvre continue, qui dura deux mois et s'accompagna de sécheresse des dents et de la langue. Après cette maladie, que son médecin regarda comme étant une fièvre typhoïde, elle perdit tous ses cheveux.

Les règles apparurent pour la première fois et sans difficulté à l'âge de vingt ans ; elles furent toujours régulières, mais peu abondantes : le sang était très rouge.

Elle n'a jamais eu de leucorrhée.

Elle affirme avec beaucoup d'assurance n'avoir jamais été atteinte de syphilis ; du reste, on ne trouve ni aux aines, ni ailleurs de cicatrices qui puissent donner lieu à des soupçons.

Elle se maria à l'âge de vingt-cinq ans.

Elle devint enceinte pour la première fois à vingt-six ans. Au

sixième mois de cette grossesse, sans cause connue, il lui survint une tumeur au-devant du cou, à deux pouces au-dessus de la fourchette sternale. En moins de deux mois, cette grosseur acquit le volume d'un œuf de poule; elle était peu mobile, douloureuse au toucher; la peau qui la recouvrait était saine; elle rendait la phonation, la déglutition et surtout les mouvements du cou douloureux. La respiration était libre et la voix non altérée. Cette tumeur était le siége d'élancements spontanés qui, à deux reprises, se sont terminés par l'ouverture d'un abcès dans l'œsophage; alors la malade vomissait environ deux cuillerées à bouche d'un pus verdâtre et fétide; la grosseur s'affaissait, mais ne se vidait pas complétement.

Avant que les choses en vinssent à ce point, un médecin avait été appelé et, à deux reprises, avait fait appliquer 20 sangsues.

Cette femme souffrait ainsi depuis deux mois, quand son médecin se décida à ouvrir l'abcès avec le bistouri; bientôt une grande quantité de pus (semblable à celui que la malade avait vomi) s'échappa avec facilité, et la plaie se cicatrisa promptement.

En examinant aujourd'hui la région cervicale antérieure, on trouve une cicatrice verticale au-devant du cartilage thyroïde; mais les tissus profonds de cette région ne paraissent pas avoir subi d'altération grave. Du reste, ce qui doit le faire penser, c'est qu'il n'est pas resté le moindre trouble physiologique dans les organes qui avoisinaient la tumeur. Trois semaines après l'ouverture de l'abcès, la malade accoucha, sans difficulté et sans accident, d'un enfant à terme et vivant.

A l'âge de trente et un ans, la femme Nezondet fit une fausse couche de six mois, qui ne fut signalée par aucun incident.

Enfin, à trente-cinq ans, elle devint une troisième fois enceinte. Elle en était au deuxième mois de sa grossesse, quand, sans cause connue, elle ressentit pour la première fois des douleurs dans la fesse droite; elle y porta la main, et sentit une tumeur qui avait le volume d'un œuf. Pendant le reste de sa grossesse, la tumeur et les douleurs qui l'accompagnaient firent très peu de progrès.

Au neuvième mois eut lieu un accouchement régulier et facile, l'enfant arriva vivant; les suites de couches ne présentèrent rien d'anormal.

Mais, depuis la parturition, les douleurs sont devenues plus vi-

vès et plus fréquentes, elles ont pris le caractère lancinant; la tumeur s'est accrue plus rapidement: aussi la malade s'est-elle décidée à entrer à l'hôpital Beaujon le 8 décembre 1852.

Je l'examinai le lendemain de son arrivée. En la faisant coucher sur le ventre, on remarque que la fesse droite a un volume considérable; elle l'emporte sur la fesse gauche d'environ la moitié de la tête d'un adulte. Voici, du reste, le résultat des mensurations :

Dimension verticale.	0,29
Dimension horizontale.	0,26
Proéminence de la fesse droite.	2 cent.
De la crête iliaque au pli sous-fessier droit. . .	31
De la crête iliaque au pli sous-fessier gauche. . .	27
Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure droite.	39
Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure gauche.	34

En cherchant à limiter le pourtour de la tumeur, on trouve que sa circonférence a environ 60 centimètres.

Le pli sous-fessier est abaissé du côté droit de près d'un centimètre et demi.

Par la palpation, on constate qu'il existe au-dessous du muscle grand fessier une tumeur qui dépasse d'environ deux centimètres son bord inférieur, et soulève surtout son insertion supérieure à la crête iliaque sans la dépasser; la tumeur ne dépasse pas non plus ses insertions sacrées, en dehors elle ne s'avance pas jusqu'au trochanter; elle est donc maintenue, pour ainsi dire, de tous côtés par les insertions du muscle grand fessier.

Si maintenant nous cherchons à constater ses caractères, nous voyons qu'elle n'a pas une dureté absolue, mais cependant qu'elle n'est pas molle (sa consistance n'a pas varié depuis son début); elle n'est pas non plus fluctuante, ni franchement élastique; elle est tellement adhérente aux os que, lorsqu'on cherche à l'ébranler, le bassin tout entier est mis en mouvement; elle est cependant un peu mobile sur elle-même. Elle n'est ni inégale, ni bosselée, ni multilobée; elle ne donne pas de sensation, de crépitation quand on la presse. Elle ne diminue pas de volume sous l'influence de la compression.

La peau qui la recouvre conserve sa température et sa couleur habituelles ; elle est parcourue par quelques veines bleuâtres et flexueuses.

La main, appliquée sur elle, ne perçoit pas de battements ; mais, avec beaucoup d'attention, on trouve qu'elle est soulevée par des battements isochrones aux pulsations artérielles.

A l'auscultation, on croit entendre des bruits de battements, surtout à la partie supérieure, là où la tumeur est recouverte par l'aponévrose seule du muscle grand fessier ; mais ces bruits sont faibles, confus et éloignés. C'est en vain que, muni d'une bougie, on cherche à trouver de la transparence ; rien, au reste, ne fait soupçonner qu'elle soit formée par un liquide.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est normalement situé. La partie supérieure du vagin est très dilatée ; le doigt s'y promène avec facilité, mais ne peut rencontrer aucune tumeur intra-pelvienne.

Une ponction a été faite avec le trocart explorateur, et il n'est sorti que du sang bien pur.

Les douleurs que la malade éprouve sont tantôt spontanées, tantôt le résultat de divers froissements ; ainsi, la station debout, le décubitus dorsal sont très fatigants. Quant à la station assise (si la malade s'appuie sur la fesse droite), elle détermine des douleurs hypogastriques. Depuis quelques semaines seulement ces douleurs s'étendent jusque dans la cuisse et même la jambe droite.

Cependant la malade peut sans peine et à ma volonté faire exécuter à son membre inférieur droit tous les mouvements dont il est normalement susceptible.

Je puis m'assurer aussi que la sensibilité est parfaitement conservée dans ce membre. La circulation ne nous semble non plus nullement entravée ; l'artère pédieuse bat avec autant de force au pied droit qu'au pied gauche.

Il n'y a jamais eu de troubles dans les fonctions physiologiques des organes pelviens. La miction, la défécation s'accomplissent régulièrement.

Enfin la santé ne se ressent pas du développement de grave maladie ; l'appétit, le sommeil, sont bien conservés ; il n'y a pas eu jusqu'ici le moindre amaigrissement.

Si on pouvait supposer que la tumeur est due à un abcès par congestion tenant à l'altération des vertèbres, j'ajouterais que la colonne vertébrale a conservé toute sa rectitude, et qu'elle n'a jamais été le siége d'aucune douleur. Du reste, la délimitation de la tumeur, le résultat de la ponction exploratrice doivent encore éloigner de cette idée.

Jusqu'ici, pour tout traitement, on a essayé l'emploi de la pommade d'iodure de plomb; mais, comme on le pense bien, on n'en a retiré aucun avantage.

En résumé, je pense que l'on a affaire à une tumeur ostéosarcomateuse de la partie postérieure de l'os iliaque droit, avec développement anormal du système vasculaire.

Je ne crois pas que la tumeur soit formée uniquement aux dépens du périoste; mais je ne voudrais cependant pas porter une affirmation trop absolue.

D'après la profondeur du siége de la tumeur, sa nature probablement sarcomateuse, la nécessité de dénuder l'os dans une grande surface ou même d'en enlever une assez grande étendue et d'ouvrir l'articulation sacro-iliaque, je pense qu'on doit s'abstenir de toute opération; j'incline d'autant plus vers cette manière de voir, que la maladie restera encore longtemps sans retentissement sur la santé générale.

Après avoir donné ces divers renseignements, M. Huguier demande que MM. les membres de la Société examinent la malade pour lui dire si on doit respecter cette tumeur, comme c'est son avis, ou en tenter l'ablation.

M. Chassaignac. Je demanderai à notre collègue quel a été le résultat du toucher par le rectum.

M. Huguier. La tumeur est si haut placée, que je n'ai pas cru devoir faire cette exploration. Je crois, du reste, qu'il sera impossible de l'atteindre.

M. Roux. Je ne crois pas qu'une exploration par le rectum fournisse quelque renseignement utile. Je doute que la tumeur ait aucune connexion avec la symphyse sacro-iliaque. La tumeur a son siége dans la fosse iliaque externe. Provient-elle du périoste? Est-elle intermusculaire? Ce sont là des questions à éclaircir. Je crois que les connexions avec le périoste ne sont que secondaires. Je pense qu'elle siége dans le tissu cellulaire intermusculaire, qu'elle

est circonscrite et très peu mobile; malgré cela, on peut tenter son ablation.

Très probablement elle n'est aussi peu mobile que parce qu'elle siége sur une large base, et qu'elle est bridée fortement par les muscles; mais elle n'est pas aussi adhérente qu'on pourrait le croire. Quelle est sa nature, si je sacrifiais à l'entraînement du siècle, je devrais dire qu'elle est fibro-plastique; mais mon avis est qu'elle est cancéreuse, et je crains la récidive. Si je conseille l'opération, malgré toutes les difficultés qu'elle pourra présenter, c'est que la tumeur menace de faire des progrès, et que la malade est en proie à de vives souffrances.

J'ai dans ce moment dans mon service un homme qui porte au bras une tumeur qui me semble de même nature, et qui paraît avoir des connexions avec l'humérus; les vaisseaux et les nerfs du bras sont enveloppés; malgré la difficulté que présentera l'opération, pour ménager toutes les parties, je suis décidé à la faire.

M. Chassaignac. Avant de tenter la moindre opération, je crois qu'il faudra examiner avec grande attention l'os coxal de l'autre côté; car j'ai déjà eu occasion de constater ce fait, que plusieurs fois dans le cas d'ostéosarcome du bassin la maladie ne se bornait pas à un seul côté.

Correspondance.

M. Larrey dépose sur le bureau une observation détaillée d'otite purulente interne, qui lui a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), ancien chirurgien militaire. (Commission : MM. Larrey, Monod, Richet.)

M. Larrey offre à la Société un ouvrage attribué à Quesnay et à Louis, intitulé : *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France.*

— M. Lebert continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques :

La récidive ne s'observe guère dans l'hypertrophie fibro-plastique des organes glandulaires. En déduisant tous ces cas, ainsi que ceux de pathologie comparée, il nous reste encore un cinquième de nos faits dans lesquels nous avons observé des récidives. Toutefois, dans la majorité des cas de ce groupe, la reproduction était plutôt due à une continuation de la maladie première, vu que les opérations

avaient été incomplètes; aussi la guérison a-t-elle été plusieurs fois radicale après des extirpations plus étendues. Il reste cependant assez de faits, cinq de bien positifs, dans lesquels une récidive sur place s'est montrée opiniâtrément malgré des excisions chaque fois complètes.

Nous avons réuni tous les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques qui sont venues à notre connaissance. Ils sont au nombre de six, dont la moitié ont été observés par nous-même. Ces cas démontrent qu'il peut y avoir une véritable diathèse fibro-plastique, qui, dans la période terminale de la maladie, provoque un dépôt multiple, une infection générale de ce produit morbide. Il n'est pas permis pour cela d'identifier la maladie fibro-plastique avec le cancer, vu que la structure des tumeurs multiples, dans ces cas, n'est jamais que fibro-plastique et diffère, par conséquent, du cancer. De plus, toute la pathologie clinique de la maladie fibro-plastique démontre que c'est une maladie locale qui se généralise quelquefois et bien exceptionnellement, tandis que le cancer est d'emblée une maladie générale dont déjà la première localisation n'est que le reflet. Structure, marche, durée, tout concourt pour différencier ces deux affections, pourvu qu'on ait soin de baser leur histoire sur l'analyse d'une multitude de faits et non sur des observations isolées, comme le font les pathologistes superficiels et peu versés dans l'application des bonnes méthodes.

Si dans 3 de nos 92 faits la maladie fibro-plastique a été générale et infectante (nous élaguons ici les 3 faits empruntés à d'autres), nous avons d'un autre côté 26 autopsies complètes de ces affections, dans lesquelles l'unicité et par conséquent la nature strictement locale de ces tumeurs a été catégoriquement démontrée, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel.

Des récidives éloignées du siége primitif de la maladie n'ont point été signalées jusqu'à ce jour. La guérison définitive est assez fréquente pour qu'on puisse établir la curabilité des affections fibro-plastiques comme la règle, tandis que le contraire a lieu pour le cancer. Je possède dans ma propre pratique trois faits de tumeurs fibro plastiques opérées par moi et guéries depuis un bon nombre d'années, tandis que je ne possède pas un fait, et je n'en connais point d'authentique, d'un véritable cancer guéri par l'opération.

La marche et la durée n'ont pu être notées avec détail que dans 35 de nos observations. Voici le résultat de cette analyse ; 2 fois seulement la maladie a duré un an, soit au moment de l'opération, soit à celui de la mort ; 3 fois elle a été de 1 à 2 ans ; dans tous les autres cas, elle a dépassé ce laps de temps : elle a été 5 fois de 2 à 3 ans, 5 fois de 3 à 4, et 21 fois, par conséquent dans la majorité des cas, au delà de 4 ans, et dans 12 même au delà de 8 à 9 ans. Ces chiffres prouvent que la marche est généralement lente et bien autrement chronique surtout que dans les affections cancéreuses.

Le développement de ces tumeurs est ordinairement lent pendant plusieurs années; il devient enfin plus rapide sans qu'on puisse en saisir trop la raison. Mais cet accroissement peut de nouveau se ralentir et s'arrêter même. D'autres fois la marche lente ne se dément à aucune époque; il y a enfin quelques cas dans lesquels la marche est d'emblée plus rapide; on dit alors que cela se fait en vertu d'une prédisposition individuelle, ce qui au fond ne fait que masquer notre ignorance sur la nature de cette cause.

La kéloïde est la seule forme de tumeurs fibro-plastiques qui peut se flétrir et disparaître spontanément; elle offre encore cela de curieux que, lorsqu'elle est cicatricielle, elle peut se développer un grand nombre d'années après la blessure dont la cicatrice est la dernière trace.

Les affections fibro-plastiques sont rarement douloureuses et le plus souvent indolentes à la pression. Les douleurs se montrent quelquefois au début pour disparaître plus tard; d'autres fois elles surviennent tardivement par suite du grand volume des tumeurs. Comme, dans la plupart des tumeurs douloureuses, le caractère des douleurs est surtout névralgiforme, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles sont à la fois vives et continues. Les excroissances fibro-plastiques des os sont plus douloureuses que celles des parties molles. Les tumeurs méningiennes provoquent une céphalée habituelle qui s'aggrave par paroxysme.

Les troubles fonctionnels dans cette classe de tumeurs ne sont généralement dus qu'à une gêne locale, soit par la pesanteur, soit en rendant les mouvements difficiles, et, lorsque les organes internes sont comprimés, leurs fonctions en sont localement troublées. Dans quelques régions, elles ont la propension d'exciter une con-

gestion qui conduit volontiers à des hémorrhagies. C'est ce qui arrive lorsqu'elles siégent aux méninges, dans l'arrière-bouche, sur le col utérin. La santé générale reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

Des diverses localisations fibro-plastiques. — L'hypertrophie du centre fibroïde des papilles forme des plaques saillantes qui ressemblent au cancroïde papillaire; elles siégent de préférence à la face; leur fréquence est égale chez les deux sexes; elles se rencontrent surtout à un âge avancé. L'hypertrophie fibro-plastique du derme est diffuse ou tubéreuse, mais elle constitue toujours un mal local. L'hypertrophie des glandes lymphatiques atteint plus volontiers tout un groupe de ces ganglions qu'une glande isolée; c'est pour cela que ces tumeurs sont quelquefois très volumineuses. L'aspect gélatineux s'y rencontre souvent; leur développement est lent; les hommes y sont plus sujets que les femmes. C'est une maladie bien plus fréquente avant quarante ans qu'après. Le seul cas d'hypertrophie de la glande parotide que nous ayons observé avait mis quinze ans à se développer. L'hypertrophie fibro-plastique dans la mamelle est rarement essentielle. Elle l'est davantage dans le testicule. Les affections syphilitiques tertiaires peuvent bien produire dans cet organe une infiltration fibro-plastique, mais celle-ci est capable de se résorber. La véritable hypertrophie fibro-plastique y est tantôt le résultat d'une inflammation chronique, tantôt celui d'une altération nutritive lente et graduelle, avec production d'un tissu presque fibreux et d'autres fois plutôt fibro-gélatineux.

Les tumeurs kéloïdes sont des productions fibro-plastiques cutanées ou sous-cutanées, ayant de préférence leur siége au tronc, rarement à la tête ou sur les membres; elles sont sessiles ou pédiculées, lisses ou lobulées. C'est une affection peu douloureuse, toute locale, malgré sa disposition aux récidives après les opérations. Elles offrent quelquefois la disposition à disparaître spontanément; elles peuvent se rencontrer à tout âge; on les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; leur développement est très lent.

Les tumeurs fibro-plastiques profondes des parties molles ont une prédilection pour les membres, et surtout la cuisse; elles peuvent y atteindre des dimensions très considérables; elles ont une

certaine disposition au développement du tissu fibro gélatineux; elles sont assez franchement locales et bien délimitées la plupart du temps. Elles sont peu disposées à l'ulcération; leur développement est pendant longtemps lent et devient ordinairement plus rapide après plusieurs années de durée. La disposition aux récidives est moins prononcée et plus tardive que pour l'ostéosarcome fibroplastique et pour la kéloïde. Leur plus grande fréquence s'observe entre 30 et 50 ans. Leur durée, notée 19 fois, a été 3 fois seulement de 1 an à 18 mois, 3 autres fois jusqu'à 3 ans, et dans les 14 cas qui restent de 4 à 20 ans et au delà. L'ostéosarcome fibroplastique, plus fréquent à la tête et aux maxillaires que dans d'autres parties du squelette, prend son origine du périoste, et c'est sa nature diffuse qui constitue sa principale gravité. Toutefois, il y a pour les mâchoires une différence considérable entre l'épulis fibroplastique et celle du corps des maxillaires. La marche de l'ostéosarcome est plus rapide que celle de ces tumeurs pour les parties molles; l'âge de prédilection est plutôt la première moitié de la vie.

Les tumeurs des méninges, enfin, sont le type d'une maladie locale et unique dans l'économie, ne provoquant point de troubles de la santé générale. Elles sont plus fréquentes à la base qu'ailleurs; deux fois nous les avons vues se développer à la suite d'une exostose de la table interne de la boîte crânienne; leur forme arrondie est le plus souvent lobulée; le cerveau, souvent déprimé à leur niveau, même ramolli tout autour, ne fait généralement point corps avec eux. Leurs symptômes sont des troubles fonctionnels de la sensibilité, de la motilité des sens et de l'intelligence, comme du reste pour la plupart des affections cérébrales chroniques.

— M. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, lit un mémoire intitulé : *De la méthode à laquelle il convient d'avoir recours dans l'amputation des membres dans leur continuité.*

MM. Robert, Larrey, Michon sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

— M. Chassaignac fait un rapport sur un mémoire de M. Broca intitulé : *Des luxations dites de l'astragale.*

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 16 *décembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Combe, de Saint-Germain, présente une malade chez laquelle, après avoir enlevé un cancer de la face, il a pratiqué avec beaucoup de succès une opération de chéiloplastie.

Des remercîments sont adressés à M. Combe, et l'observation renvoyée à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Laborie et Follin.

Correspondance.

M. le docteur A. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, adresse à la Société une lettre pour obtenir le titre de membre titulaire.

— M. Follin dépose sur le bureau, au nom de M. Ch. Delacour, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes, une observation d'anévrisme de l'artère tibiale postérieure à la suite d'une amputation de la jambe.

Commission : MM. Follin, Lenoir, Laborie.

— M. Lebert termine la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local peu ou point disposé aux récidives; elle ne peut devenir grave que par son siége, son étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme

une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau tout en restant un mal local.

Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé de préparations iodurées lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complétement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter après les opérations comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

Résumé.

1° Les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu cellulaire de nouvelle formation, semblable à celui de la vie embryonale. Le tissu fibro-plastique peut avoir une origine inflammatoire, être la base d'un travail hypertrophique, ou se former tout à fait spontanément.

2° Les tumeurs fibro-plastiques se composent d'un tissu mou, lobulé, d'un jaune rosé; ou d'un tissu plus ferme, plus pâle, plus homogène; ou enfin, du mélange d'un tissu gélatiniforme avec ces deux formes. Le siége de ces tumeurs est dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané; dans la profondeur des membres, de la cuisse surtout; dans les os, et ici de préférence dans les maxillaires; et, enfin, dans les membranes du cerveau.

3° Les tumeurs fibro-plastiques des animaux domestiques offrent les mêmes caractères que chez l'homme.

4° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une disposition marquée à la transformation fibreuse ; il se rencontre de préférence dans les phlegmasies prolongées, dont il est à la fois le soutien et le produit.

5° La forme des tumeurs fibro-plastiques est lisse ou lobulée, ronde ou aplatie, selon le siége, et elle affecte, dans les cas d'hypertrophie, l'aspect de l'organe malade ; elles sont généralement libres et bien circonscrites, mais sessiles et affectant la forme d'excroissances, si elles proviennent de l'os.

6° Ces tumeurs peuvent devenir très volumineuses et dans les organes glandulaires et sur le trajet des membres, surtout lorsqu'elles renferment beaucoup de tissu gélatiniforme. Elles sont ordinairement entourées d'une enveloppe fibro-celluleuse. Sur une coupe fraîche, on n'obtient, en général, qu'un suc clair, transparent; celui-ci cependant est trouble lorsque des grumeaux, de petits lobules entiers se trouvent suspendus en lui. Outre les éléments cités plus haut, on y rencontre quelquefois un tissu d'un jaune pâle et tout à fait terne, d'autres fois des concrétions calcaires, et enfin des réseaux osseux, lorsque le mal provient du périoste.

7° Au microscope, on trouve des cellules à petits noyaux ronds ou ovoïdes et toutes les formes intermédiaires entre la cellule et la fibre, surtout beaucoup de corps fusiformes étroits; les nucléoles sont toujours très petits. On y rencontre aussi de grandes cellules mères à noyaux multiples enroulés quelquefois de fuseaux, et constituant alors les globes fibro-plastiques.

8° Par rapport aux tissus voisins, les tumeurs fibro-plastiques se comportent comme les tumeurs fibreuses, les comprimant, mais ne se substituant point à eux; tandis que le tissu cancéreux est ordinairement une véritable substitution. Leurs phases de développement possible sont les suivantes : dépôt local, accroissement lent et ensuite plus rapide, état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération, et enfin, dans des cas rares, la gangrène.

9° Les deux sexes y sont également très disposés. Se rencontrant à tout âge, leur plus grande fréquence est cependant de trente-cinq à cinquante ans.

10° La récidive après l'opération a surtout lieu dans les tumeurs autogènes, et n'a point été observée dans l'hypertrophie fibro-plastique ; elle n'a point lieu, comme pour le cancer, dans des points éloignés ; elle est souvent causée par une opération incomplète. Malgré leur opiniâtreté, quelquefois bien grande, de revenir sur place, elles laissent la santé générale intacte. Dans des cas rares enfin, il se développe une véritable diathèse fibro-plastique ; fait qui s'observe, du reste, également pour les tumeurs fibreuses, graisseuses, névromateuses, mélaniques, etc.

11° L'unicité et la nature locale des tumeurs fibro-plastiques comme règle ont été confirmées; outre les autres preuves apportées par vingt-six autopsies complètes que nous possédons, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel, nous possédons de plus un bon nombre de faits d'une guérison complète et durable après l'opération, tandis que nous n'en connaissons point pour le véritable cancer.

12° La durée est bien autrement chronique que pour les affections cancéreuses, et à part quelques cas à marche plus rapide, elle met bien plus souvent de cinq à dix ans de temps même lorsqu'elle devient funeste, qu'un temps plus court; tandis que la durée moyenne du cancer dépasse à peine deux ans et demi. Les faits ne sont pas même rares dans lesquels ces tumeurs ont persisté pendant vingt ans et au delà sans inconvénients graves. Souvent, après une marche pendant longtemps très lente, les accidents et l'accroissement deviennent assez promptement plus graves.

13° Les douleurs sont très rarement vives et continues; du reste le plus souvent névralgiformes, comme dans d'autres tumeurs. Les troubles fonctionnels sont généralement en rapport avec le siége. La santé générale dans l'immense majorité reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale, et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

14° Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local, peu ou point disposé aux récidives, qui ne peut devenir grave que par son siége, son

étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau, tout en restant un mal local.

15° Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé des préparations iodurées, lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complétement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter, après les opérations, comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

Traitement de l'entorse par l'appareil ouaté.

M. Larrey. J'ai eu l'honneur de remettre à la Société une *Note sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté*, de la part de M. le docteur Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, qui a joint à ce travail manuscrit quelques ouvrages imprimés, pour obtenir le titre de membre correspondant. Le rapport dont j'ai été chargé sur cette honorable candidature sera un

simple exposé du travail inédit et des publications de notre savant confrère de Belgique.

La Note de M. le professeur Burggraeve *sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté* indique assez, sous ce titre, que l'auteur n'a pas eu en vue de discuter dans son ensemble l'importante question des entorses, soit qu'il n'ait rien trouvé de précis dans les auteurs anciens à cet égard, soit que les travaux des observateurs modernes lui aient paru encore incomplets. C'est ainsi, en effet, que, malgré l'autorité de leurs noms, Duverney, J.-L. Petit, Pouteau, Boyer, Richerand, Brodie, Ribes, Sanson et d'autres n'ont exposé que des parties de ce sujet; c'est ainsi que des auteurs plus récents encore, tels que MM. J. Cloquet, Pelletier, Bégin, Baudens, etc., en traitant la question générale, en ont apprécié plusieurs points importants, mais en ont laissé d'autres indécis. Et cependant, si M. Burggraeve avait jugé à propos de faire une étude plus approfondie de cette question, combien de documents précieux n'aurait-il pas trouvé dans l'histoire de l'art, depuis les expériences déjà anciennes de Bichat, renouvelées par Dupuytren sur les ligaments, jusqu'aux expériences encore récentes de M. Bonnet (de Lyon), qui a exactement analysé les différents effets pathologiques des entorses? Il en aurait rappelé le siége selon les articulations affectées, la fréquence relative, les espèces ou les degrés, les causes et le mécanisme, les signes et les complications, soit primitives, soit consécutives, ainsi que les terminaisons et les lésions anatomiques, et enfin les indications curatives, eu égard à l'origine, aux formes et aux diverses périodes de ces lésions, pour arriver ainsi à l'appréciation des méthodes les plus diverses, les plus opposées même, en assignant à chacune d'elles une valeur distincte.

Un travail d'une moindre importance que ne le serait celui-là, et d'un auteur même ignoré, une thèse soutenue en 1849 par M. Bonacorsi, résume assez bien l'état actuel de la science sur les entorses; et d'après les données précédentes, il y avait là aussi matière à reprendre cette question dans ses généralités.

Mais telle n'a pas été, messieurs, l'intention de M. le professeur Burggraeve; et nous aurions mauvaise grâce de lui demander plus qu'il n'a voulu nous donner.

Il a eu seulement pour but de faire connaître à la Société de

chirurgie l'emploi d'un appareil auquel il accorde de grands avantages dans le traitement de l'entorse.

Notre honorable confrère signale tout d'abord le mémoire encore assez récent de M. Baudens sur le même sujet, et considère aussi cette question comme très essentielle, en raison des accidents graves qu'entraîne parfois à sa suite une entorse négligée ou mal traitée. L'observation journalière des hôpitaux nous démontre, en effet, malheureusement, que la plupart des maladies chroniques de l'articulation du pied nécessitant l'amputation de la jambe reconnaissent pour origine une entorse.

M. Burggraeve indique et apprécie à son point de vue la méthode préconisée par mon habile prédécesseur au Val-de-Grâce; à savoir, l'immersion primitive et prolongée du membre dans l'eau froide et la compression secondaire de l'articulation à l'aide d'un bandage contentif, jusqu'à guérison complète.

Mais s'il n'accepte pas ses opinions sur ce mode de traitement, il les partage tout à fait à l'égard des sangsues et des cataplasmes, qu'il considère comme nuisibles; et en cela la plupart des chirurgiens semblent d'accord, quoique les accidents d'inflammation justifient trop souvent encore cette médication.

« Pour qui a suivi les progrès de la méthode inamovible, dit M. le professeur de Gand, la pratique de M. Baudens a cet inconvénient de finir par où elle aurait dû commencer, c'est-à-dire de poursuivre les effets avant d'avoir atteint la cause. » Et à l'appui de son opinion, M. Burggraeve fait dépendre la gravité de l'entorse de la lésion physique ou de la distorsion, de la rupture des ligaments, en ajoutant que, comme dans les fractures, il faut, avant tout, soutenir l'articulation et prévenir ainsi l'irritation, cause des engorgements et de toutes les altérations qui plus tard donnent lieu à la tumeur blanche.

L'opinion émise ainsi par notre honorable confrère ne nous semble pas absolument exacte, ou du moins rigoureusement démontrée pour tous les cas. En effet, s'il est vrai qu'une compression méthodique et inamovible soit souvent le moyen le plus rationnel d'y réussir, selon une pratique chirurgicale déjà ancienne, on ne saurait méconnaître non plus que l'emploi de l'eau froide bien dirigé ne soit, dans la première période, la médication la plus propre à empêcher ou à combattre les accidents inflammatoires de

l'entorse, bien plus sûrement même, en général, que n'y réussissent les antiphlogistiques, et spécialement les applications émollientes. Nous pourrions volontiers donner à cette double proposition tous les développements qu'elle comporte, s'il ne s'agissait de l'analyse d'une simple note sur un mode spécial de traitement.

M. Burggraeve, avant d'aller plus loin, cite, à l'appui de sa manière de faire, deux cas empruntés à sa clinique.

Le premier se rapporte à une entorse du poignet chez un homme d'une forte constitution qui avait fait une chute sur la face dorsale du poignet, et auquel il appliqua son appareil ouaté et amidonné, malgré un épanchement de sang considérable autour de l'articulation, avec tension, chaleur et douleur vive. Le soulagement produit par l'application de l'appareil n'empêcha pas de le mettre à découvert dès le lendemain pour en constater les effets. L'engorgement, dit l'habile chirurgien belge, avait disparu, et un nouvel appareil semblable appliqué pendant dix jours assura la guérison, sauf un peu de roideur dans les mouvements articulaires.

Il est inutile sans doute de décrire ici l'appareil ouaté et amidonné dont se sert habituellement M. Burgraeve, d'autant que nous en avons rendu compte dans un autre rapport à la Société de chirurgie (1).

Un second fait énoncé par l'auteur est relatif à une entorse grave du pied, avec tous les signes d'un engorgement considérable. L'application immédiate de l'appareil ouaté amena un soulagement aussi prompt que sensible, et le pied, mis à découvert au bout de trois jours, ne présenta qu'une ecchymose diffuse et une diminution notable de l'engorgement; les douleurs s'effacèrent aussitôt après la réapplication de l'appareil, dont la levée définitive eut lieu au dixième jour. La déambulation à l'aide des béquilles et d'un étrier (ou longue bande fixée au cou et soutenant le pied) permit bientôt et sans accident l'exercice graduel de la marche.

Il résulte pour l'auteur de ces deux observations :

1° Que l'application immédiate de l'appareil ouaté calme instantanément les douleurs ;

2° Que cet appareil prévient le gonflement et le dissipe ;

---

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. II, p. 245.

3° Que la résolution de l'engorgement est extrêmement rapide;

4° Que, quelle que soit la gravité de l'entorse, la durée du traitement n'excède pas en moyenne le temps réservé d'ordinaire aux moyens préventifs.

Il serait permis d'objecter quelque chose à ces conclusions, sans en contester la justesse, et d'attribuer certains avantages de ce mode exclusif de traitement à celui qui est fondé d'abord sur la réfrigération et ensuite sur la compression inamovible, si ce n'était s'engager dans une voie assez difficile. En effet, les partisans exclusifs de la compression, quel que soit d'ailleurs le moyen préféré, rejettent, comme M. le professeur Burggraeve, les applications réfrigérantes, en leur reprochant même des accidents graves, tandis que les partisans déclarés de l'eau froide accordent à ce moyen simple non-seulement une propriété supérieure à d'autres méthodes, mais l'avantage, au besoin, de se combiner avec elles. Et c'est bien entendu sur des faits pratiques nombreux que s'appuient de différentes parts les chirurgiens en contradiction les uns avec les autres; car M. Burggraeve, pour sa part, en préconisant l'appareil ouaté d'une manière à peu près exclusive, ne se fonde pas seulement sur les deux observations de sa note, mais sur une pratique de cinq années offrant des résultats semblables.

En définitive, il n'emploie jamais l'eau froide, mais quelquefois les saignées locales, pour opérer un dégorgement instantané, et aussitôt après il a recours à l'application de l'appareil. Qu'il soit permis au rapporteur de ce travail de rappeler que son père n'agissait pas différemment dès une époque bien éloignée de nous, lorsqu'il traitait la plupart des entorses par la compression à l'aide de son appareil inamovible.

Quant à des médications différentes, la cautérisation par exemple dans les cas d'arthropathie, M. Burggraeve n'y a recours qu'exceptionnellement, et encore il applique après son bandage ouaté et amidonné. Mais ce sont alors des complications secondaires ou suites si redoutables des entorses, qu'elles entraînent pour conséquence dernière la triste nécessité de l'amputation.

Revenons à la note de M. Burggraeve, pour en terminer l'analyse. L'auteur, en soumettant son travail à la Société de chirurgie, n'a pas voulu soulever un débat théorique. Il a pensé seulement que les résultats de sa pratique dans l'application du bandage

ouaté ne seraient pas sans quelque intérêt pour nous. Il insiste, en résumé, sur le choix de cet appareil, bien préférable, selon lui, aux bandes qui compriment trop ou trop peu l'articulation, tandis que le contact doux et élastique du coton est plus susceptible de s'adapter exactement au membre.

L'honorable professeur de l'Université de Gand désire du reste que les membres de la Société de chirurgie veuillent bien faire l'essai de sa méthode et ne la juger que d'après les résultats qu'ils auront obtenus. C'est ce que votre rapporteur, messieurs, a tâché de faire; et, s'il a différé de vous rendre compte du travail de M. Burggraeve, il a pu du moins constater en partie les avantages assignés par lui à ce mode de traitement des entorses.

J'ai l'honneur de rappeler à la Société que M. le professeur Burggraeve, en lui demandant le titre de correspondant à l'occasion de ce travail, aurait d'autres œuvres à faire valoir auprès d'elle, s'il en avait besoin.

Il nous a déjà adressé un *Mémoire* assez étendu *sur l'emploi des appareils ouatés* en général, et le rapport qui m'en avait été confié a été favorablement accueilli par la Société.

Il lui a offert également un *Mémoire sur les pansements inamovibles des plaies et des ulcères* comme complément de son travail sur les appareils ouatés. J'aurais eu aussi à vous en rendre compte, si je ne me trouvais en quelque sorte trop engagé à attribuer la généralisation de ce principe à d'autres plutôt qu'à lui-même.

Notre savant confrère a publié encore d'autres travaux de chirurgie, et notamment un ouvrage d'une certaine importance intitulé : *Tableaux synoptiques de clinique chirurgicale*, que l'auteur se propose d'offrir aussi à la Société de chirurgie.

Qu'il nous suffise, enfin, d'ajouter à ces titres scientifiques, que M. Burggraeve occupe avec distinction à l'Université de Gand la chaire de clinique chirurgicale, ainsi que la place de chirurgien principal de l'hôpital civil, et nous aurons dit combien nous devons désirer unir à nos travaux son honorable collaboration.

J'ai donc l'honneur, messieurs, de vous proposer pour conclusions de ce rapport de nommer M. le professeur Burggraeve membre correspondant de la Société de chirurgie, en déposant son travail manuscrit dans les archives et ses ouvrages imprimés dans la bibliothèque.

Le vote sur les conclusions de ce rapport est renvoyé à la prochaine séance.

M. Cloquet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport que vient de nous lire notre honorable collègue ; comme lui, j'ai toujours été frappé des avantages que l'on retirait de la parfaite immobilité dans le traitement de l'entorse; mais je crois que les appareils agissent dans ce cas bien plus par l'immobilité que par la compression. Il y a déjà longtemps que j'ai renoncé à l'application des cataplasmes ou des sangsues, et actuellement j'applique toujours un appareil de Scultet comme si j'avais à traiter une fracture. Depuis que je suis cette méthode, j'ai été surpris de la rapidité de la guérison. Je crois que l'appareil ouaté de M. le professeur Burggraeve n'agit que par l'immobilité.

— M. Robert fait un rapport au nom de la commission chargée d'examiner les divers travaux présentés par M. le docteur Verneuil.

M. Cloquet. Dans le rapport très détaillé que M. Robert vient de nous lire, j'ai trouvé une description très exacte des kystes péri-ovariques et péri-testiculaires ; j'ajouterai cependant qu'il existe chez l'homme une autre variété de kystes des testicules. Cette variété est fort rare ; je n'en ai rencontré que deux cas. Ces kystes sont formés par les vaisseaux lymphatiques des testicules. Ils paraissent résulter de l'oblitération partielle de ces vaisseaux ; on les trouve entre les deux portions oblitérées, formant des tumeurs bosselées, irrégulières. C'est à l'amphithéâtre que j'ai observé ces deux seuls cas, de sorte qu'il m'a été impossible d'avoir aucun renseignement.

Je terminerai en disant, à propos des kystes de l'ovaire, que quelquefois ils disparaissent brusquement. Ainsi, j'ai eu occasion de voir la femme d'un banquier affectée depuis longtemps d'une tumeur qui, suivant toute probabilité, devait être un kyste de l'ovaire. Cette tumeur, qui était énorme, se rompit dans une chu'e. La malade a vécu jusqu'à l'âge de soixante-huit ans, et jamais l'affection n'a reparu ; on sentait seulement, en palpant avec soin l'abdomen, quelques irrégularités qui n'étaient autres que les débris de la poche.

M. Richet. A l'occasion du rapport de M. Robert sur les travaux de M. Verneuil, je lui demanderai quelques explications sur ce

qu'il a dit au sujet des résections des filets nerveux compris dans le lambeau, et qui, se trouvant sans cesse comprimés, occasionnent de très vives douleurs. Notre honorable collègue ne craint-il pas qu'une fois le filet nerveux réséqué la gangrène ne se manifeste dans le lambeau ?

M. Robert. Je crois que, dans ces cas, le système vasculaire a bien plus d'influence que le système nerveux sur la nutrition; comme exemple, je citerai le fait que M. Michon a communiqué à la Société il y a quelques années, d'une dame chez laquelle il avait enlevé pour un névrome une portion du nerf sciatique, et qui a guéri sans accident.

M. Richet. Cependant, lorsque dans une ligature d'artère un nerf se trouve compris, habituellement il survient de la gangrène; c'est ce qui arriva à la suite d'une ligature de l'artère crurale dans laquelle le nerf saphène avait été compris : toutes les parties auxquelles ce nerf se distribue tombèrent en gangrène.

M. Robert. Je me souviens d'un fait dans lequel Dupuytren, en liant l'artère crurale, lia en même temps le nerf saphène ; il y eut une eschare gangréneuse au niveau de la malléole interne. Mais, depuis, il existe un assez bon nombre de faits dans lesquels on a enlevé pour des névromes des portions assez considérables de nerfs sans qu'il en soit résulté aucun accident : c'est ce qu'a démontré M. Lenoir dans la discussion sur les névromes.

Dans le cas de M. Verneuil, évidemment il eût été préférable de recourir à l'opération proposée, puisque la position du nerf plantaire, sans cesse comprimé, a déterminé une névrite tellement douloureuse qu'il a fallu en venir à l'amputation.

M. Morel-Lavallée. Je partage l'opinion de M. Robert, mais pour d'autres raisons. Je ne saurais admettre avec lui une analogie suffisante entre l'excision d'une portion d'un cordon nerveux dans sa continuité et l'ablation de l'extrémité d'un nerf dans un lambeau d'amputation. Dans le premier cas, en effet, il peut se former entre les deux bouts du nerf une cicatrice souvent perméable à l'influx nerveux, puisque le mouvement s'est fréquemment rétabli. Dans le second cas, si c'était la portion de nerf qu'on enlève qui entretînt la vitalité de ce lambeau, ce lambeau périrait faute d'innervation qu'aucune cicatrice, que rien ne pourrait plus lui transmettre. Voilà pourquoi je ne partage point les craintes de M. Ri-

chet, ce n'est pas l'extrêmité du cordon nerveux qui préside à la nutrition du lambeau, mais bien des rameaux détachés plus haut.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 22 décembre 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le professeur Frédéric Jæger, de Vienne, écrit une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre associé étranger.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— La Société reçoit le 35e volume des *Medico-chirurgical transactions.*

M. Giraldès est chargé d'en rendre compte.

— L'ordre du jour appelle à voter sur les conclusions du rapport de M. Larrey sur les travaux de M. le professeur Burggraeve, de Gand.

M. le professeur Burggraeve est nommé membre correspondant.

— M. le Président met ensuite aux voix les conclusions du rapport de M. Robert sur la candidature de M. Verneuil.

M. Verneuil, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

M. Larrey présente à la Société un militaire chez lequel il a pratiqué pour la troisième fois dans un court espace de temps l'extirpation de tumeurs fibro-plastiques développées au niveau de la hanche.

M. Forget demande si la cicatrice était fermée lorsque cette récidive a eu lieu.

M. Larrey répond que le travail de cicatrisation était entièrement terminé.

M. Lebert, à ce sujet, fait remarquer que la première tumeur datait de l'enfance du malade; que, bien que ce soit pour la troisième fois que M. Larrey revient à l'opération, l'état général de la santé est satisfaisant, qu'il n'y a pas d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, bien que cette région en soit très abondamment pourvue. Il attache beaucoup d'importance à ce point.

— M. Morel-Lavallée présente une jeune femme opérée par M. Gerdy pour une tumeur du maxillaire supérieur. Il donnera plus tard quelques détails sur les antécédents de la malade et sur le procédé particulier suivi dans cette circonstance.

Ablation d'une tumeur cancroïde de la lèvre inférieure et de la partie inférieure gauche de la face, suivie d'une opération autoplastique par glissement, d'un lambeau emprunté aux régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire.

M. Cusco, chirurgien du bureau central, présente à la Société le malade qu'il a opéré, et donne les détails suivants :

Cet homme, âgé de quarante-huit ans, était affecté d'un cancroïde énorme de la lèvre inférieure. La tumeur, stationnaire pendant plusieurs années, avait pris depuis quelques mois un développement considérable. Irritée, soit par l'action de la pipe, dont le malade faisait un usage continuel, soit par les topiques caustiques qu'on y avait appliqués, elle s'était ulcérée en plusieurs points et avait envahi les trois quarts de la lèvre, le menton, une partie de la joue, de la muqueuse buccale et du périoste. L'os maxillaire lui-même était altéré superficiellement. En outre, deux engorgements ganglionaires volumineux existaient dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane et dans le voisinage de la glande sous-maxillaire.

L'opération, pratiquée le 12 octobre 1852, s'est composée de deux temps distincts : l'ablation et la réparation autoplastique.

Trois incisions circonscrivirent la tumeur : une verticale, sur sa limite droite, descendant du bord libre de la lèvre à 1 centimètre et demi de la commissure jusqu'au menton ; une horizontale, le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'au masséter gauche ; une troisième, oblique, allant de la commissure gauche à la rencontre de la précédente.

La masse morbide étant rapidement détachée, l'os maxillaire dut être ruginé fortement et cautérisé au fer rouge en différents points. Les quatre incisions furent enlevées.

Après une perte de substance aussi considérable, la réparation offrait quelque difficulté. J'aurais voulu pouvoir prendre mon lambeau à droite à l'aide de deux incisions parallèles, partant, l'une de la commissure, l'autre du menton et longeant le bord inférieur du maxillaire. Ce lambeau aurait eu le double avantage de se trouver doublé intérieurement par la muqueuse et d'être pris aussi loin que possible du siége du mal. Mais, d'une part, j'aurais eu beaucoup de peine, tout en tiraillant beaucoup, à réunir ce lambeau au côté opposé. D'une

autre part, la présence des engorgements sous-maxillaires me décida à suivre un autre procédé.

Prolongeant ma première incision verticale jusqu'à l'os hyoïde, je disséquai un lambeau triangulaire qui mit à nu toute la région sous-maxillaire gauche et me permit d'enlever tous les ganglions indurés; puis, relevant ce lambeau jusqu'à la hauteur du bord libre de la lèvre, je le fixai à droite et à gauche par la suture entortillée.

Les suites de l'opération furent simples; mais le sommet du lambeau se sphacéla précisément dans la portion qui devait servir à clore la bouche.

Aujourd'hui une échancrure médiane, profonde, laisse écouler continuellement la salive et gêne l'exercice de la parole. Il serait facile par une opération secondaire de remédier à ces inconvénients; mais, le malade voulant retourner dans son pays, on a songé à le munir d'une lèvre artificielle. Cet appareil a été exécuté en caoutchouc vulcanisé par M. Luër, qui a tiré très habilement parti de l'élasticité de la substance, soit pour prendre un point d'appui sur l'os maxillaire par une pression douce et très supportable, soit pour adapter d'une manière absolue le pourtour de la lèvre factice aux sinuosités de la peau.

Cet appareil mis en place s'oppose parfaitement à l'écoulement de la salive; en outre, il rend facile et distincte la prononciation de toutes les consonnes *labiales;* enfin, il diminue notablement la difformité apparente.

Un mot sur l'examen microscopique de la tumeur, que j'ai étudiée avec mon interne M. Dufour, très versé dans ce genre de recherches. Partout nous avons trouvé l'élément constitutif des tumeurs dites *cancroïdes*, savoir, les cellules épithéliales. Mais ce qui nous a frappés, c'est que ces cellules diffèrent notablement des cellules épithéliales normales des membranes muqueuses.

Leurs noyaux sont plus grands, elliptiques, à contours nettement accusés et rappellent involontairement l'aspect des noyaux cancéreux. Comme ceux-ci, souvent ils existent libres et présentent un ou deux grands nucléoles très brillants. Enfin, leur diamètre, ordinairement moindre, atteint parfois les dimensions des noyaux du cancer.

Peut-être existe-t-il entre le cancroïde et le cancer une étroite parenté qu'on cherche en vain à se dissimuler aujourd'hui, et qu'il faudra reconnaître de nouveau quand on aura épuisé l'étude de leurs dissemblances.

Quant aux ganglions engorgés de la région sous-maxillaire, ils ne renfermaient, à ma grande satisfaction, aucun élément épithélial.

— M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Danyau et Larrey, un rapport sur un travail de M. Broca ayant

pour objet quelques difformités des orteils déterminées par l'action des chaussures.

M. Larrey. Je regrette que M. Broca, qui avait l'intention de faire un travail sur ce sujet, n'ait pas demandé quelques renseignements à des personnes qui auraient pu lui en fournir de très curieux; les chirurgiens militaires, qui ont occasion de voir dans les conseils de révision des déformations des orteils tellement prononcées qu'elles deviennent la cause d'exemption, auraient pu, je crois, lui fournir des matériaux fort utiles pour son mémoire.

M. Cloquet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport de M. Chassaignac sur le travail de M. Broca, et à ce sujet je dirai qu'il faut un peu se garder d'accepter comme une règle naturelle ce que les artistes ont pu faire dans la représentation de la nature; assez souvent ils acceptent des formes de convention; c'est ce qui a eu lieu pour le deuxième orteil; là il y a eu évidemment un allongement de convention.

Comme l'a très bien fait remarquer l'auteur du travail, la chaussure a une grande influence sur la forme du pied et des orteils, et des chaussures trop étroites ou mal faites peuvent amener des déformations très prononcées : il suffira pour s'en convaincre d'examiner les pieds des peuples qui ne portent pas de chaussures; jamais ils ne présentent de semblables déformations. Quant à l'hypertrophie du premier métatarsien, elle ne peut causer que de légères déviations du gros orteil : il eût été à désirer aussi, puisque M. Broca avait traité des causes des déviations des orteils, qu'il eût parlé de l'influence goutteuse.

M. Robert. Comme le disait tout à l'heure notre honorable collègue, je crois qu'il ne faut pas trop accepter comme une règle ce que font les artistes. Camper avait peut-être trop sacrifié aux arts, et, sous ce rapport, on ne doit pas non plus s'en tenir à ce qu'il a dit de la longueur du deuxième orteil relativement au premier. J'ajouterai que dans les déviations des orteils, ce n'est pas tant la chaussure qui agit que les extenseurs dorsaux, qui très souvent finissent par devenir abducteurs.

J'aurais désiré aussi que la commission entrât dans quelques détails sur le traitement à suivre dans ces déviations, il y avait là quelques lacunes à remplir.

M. Chassaignac. Vous avez pu remarquer que le travail de M. Broca est surtout anatomique, qu'il repose comme base principale sur la dissection d'un certain nombre de pieds difformes. Or vous savez aussi bien que moi combien il est rare de pouvoir faire la dissection d'un

pied altéré par la goutte. Cette affection se présente en effet si rarement chez les malados des hôpitaux, que l'on n'a presque jamais l'occasion de faire l'autopsie de sujets goutteux. Si la question thérapeutique n'a pas été traitée, cela tient à ce que le mémoire de M. Broca n'est que la première partie d'un travail dans lequel il n'a pas dit jusqu'à présent la moindre chose ayant trait à cette question.

M. Marjolin. Que Camper ait été à même d'apprécier le talent des artistes de l'antiquité, il n'y a pas là une grande faute. Quant à dire qu'il les a copiés, personne ne pourrait l'affirmer; il est plus probable cependant qu'il copiait fidèlement la nature, et en cela il a eu sur beaucoup d'autres le grand avantage de savoir représenter avec esprit et talent tout ce qu'il observait. Je ne prétends pas dire ici que l'excédance de longueur du second orteil soit la règle normale. Il faudrait, pour établir ce fait, faire un assez bon nombre de recherches pour établir la proportion, et surtout choisir des pieds bien conformés.

Frappé de quelques observations de M. Broca sur la déviation du gros orteil, je voulus les vérifier, et en faisant ces recherches je fus frappé du rapport presque constant qui existe entre la conformation du pied et de la main, entre la forme des doigts et celle des orteils. Trois ou quatre fois j'ai renouvelé mes recherches, et j'ai pu me convaincre de ce fait, facile, du reste, à vérifier. J'ai vu alors qu'assez souvent il arrivait que tous les orteils avaient une longueur à peu près égale. Dans ce cas ils sont courts : bien souvent la déformation du gros orteil et du premier métatarsien dépend bien moins de la chaussure que de la marche ou de la station prolongées, et une déformation analogue se remarque dans les mains des hommes qui se livrent à de rudes travaux.

J'ajouterai aussi, en terminant, que bien plus souvent certaines déformations des orteils dépendent bien plutôt d'affections rhumatismales ou goutteuses.

M. Chassaignac. Les rapports d'analogie établis par notre collègue entre la conformation des mains et des pieds sur un même sujet nous paraît offrir un intérêt réel; mais nous n'hésitons pas à déclarer que cette analogie de conformation n'existe pas dans toutes les classes de sujets, et que certaines femmes remarquables par la perfection de la main ont au contraire le pied tout à fait déformé par la pression exagérée des chaussures.

M. Gerdy. Camper s'est beaucoup servi des antiques dans ses études. Nul doute que les statuaires de l'antiquité n'aient fait preuve d'un grand talent; mais ils avaient des formes conventionnelles. Il y a peu de statues antiques qui ne présentent des fautes d'anatomie. Dans

leurs statues de femmes, ces fautes sont plus rares; ils se sont plus rapprochés de la nature.

Maintenant, pour en revenir aux déviations du gros orteil, il y a beaucoup de causes qu'on ignore. On prétend toujours que les rétractions se font dans les tendons ou dans les muscles. Mais à part les cas de M. Bouvier, de muscles convertis en tissu graisseux, il n'en est rien; ce sont les gaînes fibreuses, les ligaments latéraux qui se déforment le plus habituellement à la suite d'inflammation de la synoviale. Il arrive là ce qui se passe dans les inflammations de la synoviale du genou, le tissu fibreux qui environne l'articulation est frappé d'insensibilité, et pour peu que l'orteil soit porté dans l'abduction, cette déviation augmente par suite de la rétraction des tissus fibreux latéraux; l'extenseur de l'orteil devient abducteur, en le redressant par suite de la direction des gaînes qui forment une poulie de renvoi. C'est dans le tissu cellulaire et le tissu fibreux environnants que se passe toute l'action. J'ai publié une observation, recueillie par M. Jarjavay, d'un individu qui, étant resté pendant trois heures couché sur du sable nouvellement tiré du lit de la Seine, la main sous la tête, avait eu une flexion des doigts.

M. Chassaignac. Sans discuter les doctrines de l'honorable professeur touchant la rétraction musculaire, nous ferons remarquer que le rôle des tendons dans les déviations, quel qu'en soit le mécanisme, est hors de toute contestation, puisqu'il suffit de la section de certaines cordes tendineuses pour faire cesser au moment même l'attitude vicieuse des parties déformées.

M. Jarjavay. Parmi les causes qui ont été signalées relativement à la déviation en dehors du gros orteil, il me semble qu'il en a été omis une qui me paraît devoir être prise en considération.

On sait que l'axe du pied est oblique en avant et en dehors, que les orteils s'articulent avec le pied suivant une ligne oblique en dehors et en arrière : il en résulte, ce qui est bien connu, que les orteils, en s'étendant sur le pied, se portent obliquement en arrière, en haut et en dehors, de même que l'avant-bras en se fléchissant sur le bras se place obliquement en dedans de ce dernier.

Or il est un moment de la marche où le poids du corps appuie sur l'ensemble des orteils ainsi portés obliquement en dehors : c'est celui où le talon est détaché du sol. Sans orteils ou avant-pied, nous ne pourrions pas faire de pas très étendus.

Si donc les orteils sont obliquement portés en haut et en dehors pendant un moment de la marche, et si le poids du corps porte à ce moment sur eux, il est évident que ce poids doit encore tendre à dé-

vier en dehors les orteils et notamment le premier sur lequel le pied transporte en grande partie ce même poids.

Je vois là, dans la disposition naturelle de la ligne articulaire, dans la direction de l'axe du pied et dans le mode d'extension des orteils une cause prédisposante qui agit bien plus que la rétraction musculaire.

L'action du muscle adducteur du gros orteil combat cette tendance à sa projection en dehors par le poids du corps. Cela est si vrai qu'après une marche forcée on ressent de la douleur et de l'engourdissement au bord interne de la plante du pied au niveau du corps charnu du muscle.

M. Chassaignac. Les remarques de M. Jarjavay sur le mécanisme des articulations métatarso-phalangiennes nous paraissent pleines de justesse, mais si on leur accordait les conséquences que l'auteur de ces remarques leur attribue, on serait forcément conduit à penser qu'il suffit de l'exercice physiologique des fonctions du pied pour y produire des difformités que l'observation ne constate pas.

M. Jarjavay. Notre honorable collègue a dit tout à l'heure que la déformation du pied était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et que, si mon observation était juste, nous devrions tous avoir le gros orteil dévié. Je saisis avec empressement cette observation relative à la plus grande fréquence de la déviation du gros orteil chez la femme; elle est d'accord avec l'existence de la cause prédisposante que j'ai signalée, car, chez la femme, le poids du corps appuie encore plus sur le côté interne du pied et par conséquent sur le gros orteil que chez l'homme, à cause du projettement en dedans du genou. D'ailleurs, l'objection de M. Chassaignac ne peut pas avoir une grande valeur pour renverser ma manière de voir, attendu que l'existence de la cause que je signale comme prédisposante ne peut, à cause de son caractère, entraîner nécessairement la lésion. Il faut une cause déterminante, et je pense que de longues marches peuvent amener ce résultat. Voilà comment j'arrive à penser, avec M. Marjolin, que l'affection dont il s'agit ne se trouve guère que chez les personnes qui travaillent et marchent beaucoup.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 28 décembre 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de son *Traité des maladies vénériennes.*

J'ai voulu, dit l'auteur, concentrer dans un seul volume les faits, les idées, les pratiques qui constituent la spécialité médicale appelée syphiliographie. C'est vous dire que j'ai beaucoup emprunté aux autres et que je dois de la reconnaissance à plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie. Ce résumé a surtout été entrepris au point de vue directement pratique et dans l'intérêt des jeunes médecins. J'ai donc été très fertile en détails et très sobre de théories.

Cependant je ne pouvais éviter de toucher à certains points de doctrine qui ont été agités dans ces derniers temps et dont l'examen a d'abord été fait par votre compagnie : je veux parler de la *syphilisation* et de la *transmissibilité des accidents secondaires.*

Pour la syphilisation, je suis arrivé par la voie scientifique et historique à une conclusion concordant avec la protestation qui a été inspirée à la Société par le bon sens et les véritables intérêts de l'humanité, dont M. Cullerier a été l'organe chaleureux. Pour ce qui est de la transmissibilité des accidents secondaires, je crois l'avoir résolue dans le sens affirmatif. Mais je suis loin de penser que mes arguments suffiront pour convaincre tous mes confrères. J'ai donc consigné dans mon livre toutes les observations relatives à cette grande question ; elles sont complètes et authentiques ; on pourra en prendre connaissance et les comparer avec celles qu'on croit pouvoir leur opposer. Alors, avec liberté d'esprit et indépendance, on pourra se faire une opinion, ce qui vaut toujours mieux que d'accepter une opinion toute faite.

La division du livre est simple :

1° *Maladies vénériennes dites primitives ;*

2° *Maladies vénériennes dites consécutives.*

Voilà les deux principales sections ; viennent ensuite deux autres sections :

3° *Maladies vénériennes des nouveau-nés (syphilis infantile)* ;

4° *Prophylaxie des maladies vénériennes.*

Je vous le répète, écrivant pour les jeunes intelligences et voulant représenter tous les syphiliographes, j'ai beaucoup exposé, beaucoup décrit ; si mes jugements étaient erronés, on trouverait dans mon livre même de quoi les redresser ; car on pourrait y lire les auteurs que je me suis vu obligé de critiquer.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Vidal au nom de la Société.

— M. le professeur Buggraeve, de Gand, récemment nommé membre correspondant étranger, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, a la parole pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau traitement des adhérences anormales et des brides cicatricielles.* (Commission : MM. Lenoir, Guersant, Jarjavay).

Rapport de M. Larrey sur les travaux de M. J.-R. Duval, ancien membre de l'Académie royale de chirurgie.

La Société de chirurgie a reçu récemment un ouvrage déjà bien ancien qui lui a été remis de la part de l'auteur par notre honorable secrétaire, et dont elle m'a chargé de lui rendre compte. Mon empressement à remplir cette tâche vous témoigne, messieurs, qu'il s'agit presque d'un rapport d'urgence.

Et cependant, nous devons le dire, ce n'est ni l'importance, ni la nouveauté de l'œuvre qui méritent votre attention. Il est question simplement d'un mémoire intitulé : *Des accidents de l'extraction des dents*, publié en 1802. Peu de mots suffiront pour vous faire connaître ce travail avant de vous rappeler le nom de l'auteur. Il divise en quatre sections les accidents de l'extraction des dents, à savoir : 1° Les accidents qui n'appartiennent qu'aux dents ; 2° les accidents qui dépendent de la lésion des parties molles ou des parties dures voisines des dents ; 3° les dérangements de la santé produits par l'extraction des dents ; 4° les maladies secondaires de la bouche.

La science toute spéciale répandue dans cet opuscule le distingue tout d'abord, et l'ensemble des connaissances en médecine ou en

chirurgie s'y fait remarquer ensuite, en s'appuyant sur une érudition de bon aloi et sur une pratique exercée. C'est ainsi que l'auteur signale et précise la plupart des accidents susceptibles de dépendre de l'extraction des dents, tels que les fractures des alvéoles, celles du sinus maxillaire et la déchirure de sa membrane propre, d'où les maladies consécutives de ce sinus, les abcès, les ulcères, les tumeurs ou les kystes, la carie, la nécrose, etc.; ou bien certains accidents plus rares, tels que la luxation de la mâchoire, les hémorrhagies alvéolaires, les tumeurs des gencives dites épulies, etc.

En ajoutant que toute cette science condensée dans un petit livre est aussi l'expression d'un sentiment honnête qui ne veut point se parer du savoir des autres; en disant enfin que l'auteur, en possession de ses propres recherches et en droit de les faire valoir, s'efforce pour ainsi dire d'en attribuer le mérite à ses devanciers, nous aurions assez démontré la valeur morale d'un ouvrage dont le titre n'a qu'une valeur technique.

Et à la suite de ce mémoire, messieurs, ou bien avant comme après sa publication, je pourrais vous rappeler d'autres travaux du même auteur écrits dans cet esprit-là. Voici l'indication sommaire de plusieurs de ceux qui ont trait à la même spécialité :

Des *Réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies* ne sont que l'analyse critique d'un mémoire de Coffinière sur ce sujet; mais il est intéressant de savoir que ces observations ont été lues à la Société de médecine de Paris en l'an XI de l'ancienne République.

Des propositions sur les fistules dentaires précédées d'observations sur la consomption de la racine des dents avec l'état des os de la mâchoire dans ces maladies forment, au contraire, un travail d'une valeur réelle. Les observations appartiennent à un rapport de Chaussier et de Laënnec, et ce rapport est un éloge des recherches de l'auteur sur les fistules dentaires. Ce mémoire a, en effet, un mérite original qui n'a pas vieilli, malgré sa date ancienne aussi, en démontrant par l'analyse et par le raisonnement la nécessité (souvent méconnue) d'extraire les dents malades qui occasionnent et entretiennent certaines fistules de la joue.

Une *Notice historique sur la vie et les ouvrages de Jourdain* est une appréciation savante des travaux de ce spécialiste, qui avait

étendu ses recherches sur les maladies des dents à l'étude des maladies des différentes parties de la bouche et particulièrement à celles des os maxillaires. Les éloges délicats que l'auteur de la Notice adresse au savoir et au caractère de Jourdain sont un témoignage d'estime pour ainsi dire reversible sur lui-même.

Le *Dentiste de la jeunesse* renferme sous ce titre sans conséquence, non-seulement d'utiles conseils sur l'hygiène de la bouche, selon les époques de la dentition, mais encore d'intéressantes recherches historiques sur tout ce que la littérature ancienne a pu fournir à l'auteur de citations justes à l'appui de ses idées.

Dans une brochure qui a pour titre : *Commentaire médical sur l'épitaphe de Canacée, insérée dans les épigrammes de Martial*, l'auteur fait preuve encore d'une grande érudition appliquée au diagnostic d'une maladie indéterminée de la bouche, à laquelle avait succombé un enfant de la famille des Eolides. Après avoir discuté au point de vue médico-chirurgical les diverses opinions admissibles sur la nature de cette maladie, il en conclut logiquement qu'elle devait être charbonneuse.

Un mémoire intitulé : *De l'arrangement des secondes dents*, *ou de la méthode naturelle de diriger la seconde dentition*, est l'examen critique d'un livre sur la même question ; et cette critique s'appuie sur la triple garantie de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, pour démontrer l'insuffisance de cet ouvrage.

Des *Observations pratiques sur la sensibilité des substances dures des dents*, lues à l'Académie de médecine, et extraites du tome II de ses mémoires, forment un ensemble ou une série de propositions que l'on pourrait appeler aphorismes, tant la longue expérience de l'auteur s'y révèle avec autorité.

On peut en dire autant de ses *Observations anatomiques sur l'ivoire, pour servir à l'étude de l'organisation des dents ;* observations qu'il a lues encore à l'Académie de médecine, en soumettant à son examen, comme pièces à l'appui, plus de trente fragments de défenses ou autres préparations anatomiques.

Un savant *Mémoire* (publié en 1812) *sur l'ouverture externe du canal maxillaire, pour servir à la démonstration de l'accroissement de la mâchoire inférieure*, mérite d'être mentionné aussi.

Ajoutons à cette simple nomenclature, que l'auteur a publié dans le tome XXII du *Journal de médecine* pour l'année 1811,

d'intéressantes *Observations sur les entamures et les fractures des dents.*

La science lui doit de plus de curieuses *Observations sur quelques affections douloureuses de la face*, insérées dans le tome XXXIII de la *Bibliothèque médicale.*

A cette série de travaux, qui n'ont, pour la plupart, il est vrai, que le même genre de spécialité, il faut joindre enfin un travail qui a de beaucoup précédé en date tous ceux-là, et qui en diffère essentiellement par le caractère général du sujet.

Il s'agit d'une *Thèse latine d'anatomie et de chirurgie sur l'anévrisme variqueux*, soutenue en 1786, à l'Ecole royale des chirurgiens, sous la présidence de Chopart, et dédiée à Delaporte, conseiller de l'Académie royale de chirurgie.

Ne semble-t-il pas, messieurs, à entendre cette date si éloignée de nous, et ces noms depuis si longtemps inscrits dans l'histoire de l'art, ne semble-t-il pas que cette dissertation soit une œuvre posthume, comme si ce simple rapport n'était lui-même qu'une revue rétrospective?

La thèse dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ne mérite pas seulement votre intérêt par son origine, elle a aussi une valeur réelle par la nature même du sujet; car elle a précédé tous les travaux publiés en France sur l'anévrisme variqueux.

L'auteur s'attache, dès le commencement de son travail, à citer dignement les recherches anatomiques de Hunter; et il a fait preuve de connaissances précises, lorsqu'après avoir défini l'anévrisme en général, il étudie l'anévrisme variqueux en particulier, et en expose les formes, le mécanisme, la fréquence et les signes. Il se fonde sur l'observation de Hunter, de Cleghorn et de Chopart, qui seuls encore avaient rencontré (en Angleterre) et bien apprécié cette variété d'anévrisme; il déduit de là les principales données du diagnostic, et démontre toute la gravité du pronostic, en établissant pour indication du traitement que l'on peut tenter de guérir l'anévrisme variqueux par la compression, secondée par le régime, les émissions sanguines et les soins accessoires. Un hommage à Guattani pour l'emploi de cette méthode complète dignement cette thèse remarquable à bien des titres.

Mais ce n'est plus ce travail seulement ni aucun autre que nous voulons apprécier, messieurs, c'est le nom de l'auteur que nous

devons honorer, et qu'un sentiment de réserve m'a fait taire jusqu'ici, pour qu'il me fût permis de le louer auprès de vous. Celui qui porte ce nom-là existe depuis près d'un siècle, et malgré son grand âge, il n'a cessé de conserver pour la science une ardeur juvénile ; car il est aujourd'hui encore l'un des membres les plus assidus de l'Académie de médecine, comme il était autrefois l'un des plus zélés, l'un des plus actifs de l'ancien Collége et de l'ancienne Académie de chirurgie. Survivant seul, depuis de longues années, à ses illustres collègues, notre vénérable confrère serait heureux de rajeunir son passé en venant prendre place dans cette enceinte; et déjà uni par des liens de famille à un nom honoré, aimé de nous tous, il unirait encore par sa présence la nouvelle Société de chirurgie à l'ancienne Académie, en nous transmettant ses bonnes traditions. Celui-là enfin est du petit nombre de ces hommes qui amassent la considération, à mesure qu'ils avancent en âge, parce que leur caractère, encore plus que leur savoir, leur assure l'estime publique.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, pour conclusion de ce rapport, de nommer M. J.-R. Duval membre honoraire de la Société de chirurgie.

Sur le rapport et la proposition de M. Larrey, M. Duval est nommé par acclamation membre honoraire.

— M. LE PRÉSIDENT met ensuite aux voix les conclusions du rapport fait par M. Chassaignac sur les travaux de M. Broca.

M. Broca, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Sur les tumeurs fibro-plastiques. — Discussion.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. MARJOLIN. Si nous devons nous réjouir toutes les fois qu'un nouveau moyen d'investigation vient éclairer la science si difficile du diagnostic, à plus forte raison devons-nous ressentir une grande joie, lorsqu'à l'aide de ce même moyen nous pouvons dire avec certitude que parmi les maladies réputées jusqu'ici incurables il en est qui cessent de l'être du moment qu'à des signes bien tranchés on peut les différencier de celles avec lesquelles elles avaient été jusqu'à présent confondues.

Dans ces derniers temps, l'application de la physique et de la chimie au diagnostic de certaines affections a eu des conséquences bien précieuses; le microscope surtout a joué un grand rôle. On conçoit avec quelle ardeur, quel zèle, quel entraînement ceux qui se sont livrés à cette étude ont poursuivi leurs recherches lorsqu'ils ont cru trouver comme récompense de leurs travaux cette magnifique conséquence, que le cancer allait, sinon disparaître, au moins devenir plus rare; désormais on allait pouvoir compter avec ce terrible ennemi, et dire : Il y a une autre affection qui ressemble au cancer, mais sa curabilité étant la règle à l'avenir, on pourra, grâce à l'habileté, à la hardiesse des chirurgiens, poursuivre le mal jusque dans ses dernières limites, sans crainte de voir le malade succomber épuisé de douleur. On pourra, grâce à l'autoplastie, régénérer, modifier tellement ces tissus, que la récidive même sur place ne sera plus que l'exception. Quelle découverte, quel pas immense fait en avant, et combien cette pensée consolante a dû encourager les efforts de ceux qui se livraient à ces savantes et minutieuses recherches!

Comme vous tous, j'ai écouté avec une attention soutenue ce travail sérieux et plein de conviction que nous a lu notre honorable collègue M. Lebert; comme vous peut-être j'aurais voulu partager les convictions de l'auteur et dire : Voici donc une affection dont on est maître. A l'avenir, nous pouvons retrancher du groupe des cancers, non-seulement les ulcères rongeants du nez, des lèvres, de la face, en un mot toutes les tumeurs épithéliales ou épidermiques, mais même les tumeurs qui d'habitude siégent dans les organes glandulaires, dans le tissu musculaire, daus le tissu osseux et dans les organes génitaux; en un mot, toute la série des tumeurs fibro-plastiques.

Malheureusement, malgré tout le talent avec lequel ces idées ont été présentées et tous les arguments accumulés en leur faveur, je ne puis partager les opinions de notre savant collègue, non que je repousse le microscope; loin de là, je crois que c'est un instrument d'un usage très précieux; mais il faut en tirer des conséquences justes, et peut-être M. Lebert s'est-il laissé entraîner à tirer de ses recherches des conséquences qui ne sont pas entièrement d'accord avec les faits cliniques.

Tout d'abord nous avons été étonné de voir rassemblées en quel-

que sorte dans une même famille des affections dont l'origine et les suites sont si différentes. Que, sous l'influence d'une inflammatiou, il survienne uue hypertrophie du tissu fibro-plastique, rien de plus naturel; mais que ce tissu ait la moindre analogie avec le tissu fibro-plastique spontané, c'est ce que l'on est en droit de contester.

En effet, il nous sera bien difficile d'admettre qu'entre les engorgements inflammatoires chroniques, spontanés ou traumatiques, et susceptibles de résolution, il n'y ait pas une différence essentielle qui les sépare d'une autre nature d'engorgement réfractaire à tous les résolutifs, susceptible de récidiver après son extirpation et pouvant infecter toute l'économie. Il est évident qu'il y a là une différence capitale; mais de ce que le microscope ne démontre pas ici de caractères différentiels entre les parties constituantes, cela ne suffit pas pour admettre presque leur identité.

Qu'une femme à la suite d'une couche ou d'une contusion du sein ait un engorgement chronique qu'elle néglige, irez-vous l'assimiler à une tumeur du sein, qui peut récidiver après son extirpation? Non certes. Irez-vous encore assimiler une de ces orchites chroniques dont les exemples sont si fréquents à une dégénérescence du testicule qui peut entraîner la mort du malade malgré l'extirpation de l'organe? Encore une fois, non. Il vous suffira de soumettre ces malades à un régime convenable; le traitement, à la vérité, sera long; mais avec du soin et de la persévérance vous arriverez à la résolution; tandis que dans l'affection qui nous occupe la seule amélioration que vous obtiendrez, ce sera d'isoler la partie dégénérée et de diminuer l'engorgement des tissus environnants; en un mot, vous réduirez la maladie à sa plus simple expression, vous aurez rendu l'opération plus facile.

Vous me direz peut-être : Mais habituellement les tumeurs fibro-plastiques du sein ou du testicule succèdent à des inflammations réitérées, à une cause traumatique? C'est possible. Comme généralement nous voulons tout expliquer, nous nous emparons de tout ce qui peut ressembler à une cause, et nous en tirons quelquefois des conséquences peu justes. De ce qu'un individu lymphatique, après une entorse, une chute, a une tumeur blanche du pied, on ne peut pas dire que les chutes, les entorses, sont constamment l'origine des tumeurs blanches. Non, il y avait une prédisposition innée. Sous la cause occasionnelle la plus légère, la maladie inté-

rieure qui était cachée s'est montrée. C'est, pour me servir de l'expression de M. Lebert, le premier reflet d'une diathèse générale.

Nons n'admettrons donc pas qu'il puisse y avoir la moindre analogie entre l'hypertrophie purement inflammatoire et les tissus de formation spontanée qui, récidivant sur place après une opération, offrent tant de ressemblance avec cette affection désignée par Boyer et tant d'autres sous le nom de squirrhe, et qui ne me paraît autre chose qu'une période d'état ou une variété de cancer. J'ai relu dans ces derniers temps avec beaucoup de soin tout ce qui avait été écrit par cet illustre maître sur le squirrhe, et maintes fois j'ai été frappé des rapprochements qui existaient entre ce tissu et celui que notre honorable collègue a désigné sous le nom de tissu fibro-plastique.

Boyer n'avait pas employé le microscope; mais son expérience lui avait démontré que parmi les tumeurs désignées sous le nom de squirrhe ou de cancer, les unes s'accroissent très lentement, tandis que les autres font de rapides progrès; parfois les douleurs sont nulles, tandis que d'autres fois elles sont incessantes, continues. Il avait aussi remarqué que dans les cancers du nez et de la lèvre la guérison était possible; mais il avait ajouté en terminant que, malgré les opérations les mieux faites, c'est-à-dire celles où on avait tranché jusque dans les tissus sains, il y avait eu non-seulement des récidives locales, mais de véritables diathèses cancéreuses qui avaient fait périr les malades. Ainsi donc il avait déjà fait la part pour cette variété ou ce degré du cancer.

Mais déjà j'entends dire : Nous ne pouvons admettre comme véritable cancer que les tissus dans lesquels le microscope nous démontre l'existence de la cellule cancéreuse. D'accord ; mais lorsque je dis : Je crois au microscope, ce n'est pour moi qu'un instrument de précision ; il me fait voir jusqu'aux moindres atomes ; il centuple la puissance de l'œil ; mais pour le praticien cela ne suffit pas. Du moment que vous avouez que le chancre induré, examiné au microscope, ne diffère pas du tissu que vous enlevez sur un trajet fistuleux ou sur une plaie en voie de cicatrisation, vous avouez votre faiblesse. Il y a un inconnu que vous n'avez pu saisir, un inconnu qui échappe à vos sens, aidés de toutes les puissances de l'art, et cet inconnu, c'est la nature même du mal.

D'ailleurs, qui vous dit que ce tissu ne se transformera pas? Pour les micrographes, le ganglion lymphatique engorgé n'est que du tissu fibro-plastique. Voyez-le plus tard, il est devenu tuberculeux; il s'est ramolli, a suppuré. Par combien de transformations n'a-t-il pas passé avant d'arriver à cette dernière période!

Il en est de nos tissus comme de certains végétaux, ils sont sujets à des lois de transformation normales ou pathologiques; les premières commencent à être connues, les autres sont beaucoup plus obscures. Examinez un pois lorsqu'il se forme; le microscope ne vous donne que les éléments de texture végétale; plus tard vous y découvrez les éléments du sucre, et en dernier lieu ceux-ci sont remplacés par de la fécule. Eh bien! ce que le microscope vous démontre, le goût ne l'avait-il pas fait sentir?

Comment, lorsque nous voyons tous les jours dans la nature de semblables modifications se faire sous nos yeux, nous voulons refuser à un produit morbide la faculté de se transformer aussi! mais pour nier cette faculté, il faudrait que ce tissu délétère, qui par un singulier rapprochement porte le nom de deux parties essentielles à notre organisation, ne présentât jamais dans ses molécules cette conformation qui est regardée comme le type du cancer; mais il n'en est pas ainsi, les observations sont là pour prouver le contraire, et plus tard, si vous suivez avec soin les malades que vous aurez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques, bien certainement vous serez à même de constater cette dégénérescence. Malheureusement il n'est pas toujours facile de suivre un malade, ou bien lorsqu'on le peut, et que la maladie est au-dessus des ressources de l'art, il arrive souvent qu'on lui conseille les fondants, l'air de la campagne; car on n'aime pas généralement à se trouver vis-à-vis d'une affection contre laquelle on se sent impuissant.

Ce que notre honorable collègue a voulu établir avant tout, c'est qu'entre le tissu fibro-plastique et le cancer il existe une différence essentielle. Examinons par quels points ces deux tissus diffèrent: Est-ce par les signes extérieurs? Non. Vous les connaissez tous, ils sont les mêmes. Est-ce par le siége de prédilection ou l'âge dans lequel se développe la maladie? Mais ce sont les mêmes organes qui sont envahis dans la même proportion, et c'est encore au même âge que les deux affections apparaissent toutes deux montrant la même irrégularité dans leur marche, toutes deux parfois indolen-

tes ou donnant lieu à des douleurs dont le caractère est névralgique. Les tumeurs fibro-plastiques sont-elles à l'abri des ulcérations des hémorrhagies? Nullement. Agissant comme le cancer à l'égard des organes voisins, elles les déplacent, les envahissent, les dépriment ou les détruisent ; puis enfin, après avoir récidivé trois, quatre, cinq fois sur place comme le cancer, elles vous tuent comme lui ; seulement le microscope vous démontre que la molécule intégrante n'a pas la même forme. Il y avait un caractère important qui pouvait servir à établir la différence entre le tissu fibro-plastique et le cancer, et je suis étonné que notre honorable collègue, qui a fait des recherches statistiques si intéressantes dans les auteurs et nous a, en outre, communiqué bon nombre d'observations personnelles, u'en ait fait aucune mention. Je veux parler de l'hérédité; eh bien, ce caractère qui va devenir un nouveau lien de famille entre les deux affections, Boyer nous en donne un exemple dans cette observation si curieuse d'une femme amputée de la cuisse pour un spina ventosa et un ostéosarcome du fémur. Cette observation se trouve consignée dans le tome III de ses œuvres chirurgicales. Pour Boyer, l'ostéosarcome était de nature à récidiver. Outre l'énorme tumeur qui nécessita l'amputation de la cuisse, la malade portait des tumeurs indolentes à la partie supérieure de l'humérus gauche et à la partie supérieure du tibia droit ; elle fut amputée en 1810, et en 1828 elle jouissait encore d'une excellente santé.

Maintenant, ce qui est tout aussi extraordinaire que la persistance de la guérison dans un cas semblable, c'est que le père, les frères, sœurs, neveux et enfants de cette femme portaient tous depuis leur enfance des tubercules osseux situés sur la face externe des côtes ou à la partie supérieure de la face interne du tibia.

De ce fait je conclus que, si c'était du cancer, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur en chirurgie, et qu'il y a bien des tumeurs fibro-plastiques qui récidivent plus promptement.

Si maintenant, d'après les progrès de l'anatomie pathologique, nous devons ranger les ostéosarcomes dans les affections fibro-plastiques, il faudra bien convenir que l'affection est héréditaire comme l'affection cancéreuse; de là un nouveau caractère d'analogie.

Un fait aussi exceptionnel, me direz-vous, malgré toute l'auto-

rité du chirurgien qui l'a recueilli, ne suffit pas pour établir une règle. Soit, je le veux bien ; mais alors, pour arriver à élucider la question, il est un moyen bien simple. Reprenez les observations sur lesquelles vous avez basé vos statistiques, voyez si on a fait mention de la santé des parents des personnes opérées de tumeurs fibro-plastiques ; si parmi elles il en est dont les parents ont succombé à des affections cancéreuses, j'avoue que j'aurai bien peur pour celles qui n'avaient que des tumeurs fibro-plastiques. C'est un fait que nous pourrons même vérifier assez promptement, au fur et à mesure qu'au sein de la Société on aura occasion de pratiquer des ablations de tumeurs fibro-plastiques.

Voici un fait que j'ai eu occasion d'observer chez deux personnes à peu près du même âge : l'une, qui avait conservé à l'extérieur toutes les apparences d'une santé excellente, à tel point que personne ne se doutait de son état, est morte ayant la poitrine dévorée par un épouvantable cancer. A la même époque, sa sœur portait dans un sein une petite tumeur isolée, mobile, douloureuse; depuis quelques années on l'a extirpée, et il n'y a pas encore de récidive. Croyez-vous que, lors même que le microscope m'eût démontré qu'il n'y avait que du tissu fibro-plastique, toutes mes craintes seraient dissipées ? Nullement.

Nous avons entendu signaler comme un des caractères particuliers aux tumeurs fibro-plastiques la marche lente et souvent la conservation de la santé ; mais tout le monde sait qu'il y a des cancers bien reconnus, même au microscope, qui ont mis nombre d'années à marcher, qui sont restés stationnaires une fois arrivés à une certaine période, et qui n'ont influé en rien sur l'état général de la santé : il suffit de visiter des établissements d'incurables pour s'en convaincre.

J'en dirai autant de la douleur.

Il y a un caractère auquel les partisans de cette nouvelle classification semblent attacher une grande importance ; c'est que, le plus habituellement, la maladie ne récidive que sur place, et que, lors même que les malades succombent, on ne trouve qu'une tumeur unique.

Messieurs, je me contenterai, pour répondre à ce point, de faire un appel à vos souvenirs. Vous n'avez certes que vu trop d'opérations de cancer ; où la récidive s'est-elle reproduite ? Presque

constamment sur place, et j'ajouterai que l'infection ou la cachexie cancéreuse est tellement l'exception, qu'elle ne compte pas pour un dixième dans le nombre des malades opérés ou non opérés. Ensuite, pour que ce caractère eût une certaine valeur, il faudrait qu'il fût constant, et notre collègue nous a dit lui-même que, chez un malade qui avait subi l'amputation du testicule pour une dégénérescence fibro-plastique, la maladie avait récidivé.

Il est pourtant difficile de trouver un organe plus isolé, plus circonscrit; il n'y avait pas là à craindre de laisser l'opération imparfaite.

Je cite ce cas; mais je pourrais citer d'autres faits du même genre.

Parlerez-vous du temps que met l'affection fibro-plastique à récidiver? Mais elle va aussi vite, peut-être même plus vite que le cancer. Rappelez-vous un peu les deux faits présentés par MM. Larrey et Chassaignac; en quinze mois trois récidives chez l'un, et, chez l'autre, il y a eu quatre ou cinq opérations dans le même espace de temps. Cependant l'opération avait été largement faite; elle avait été conduite dans ce but que, si on enlevait tout ce qui était malade, la guérison serait la règle. Avec une pareille pensée, comme vous devez le comprendre, on suit son ennemi partout; on coupe en chair vive, puisqu'il n'y a de salut qu'à ce prix, et cependant vous avez vu à quoi cela avait abouti, à recommencer comme dans le cancer, jusqu'à ce qu'un jour on ne puisse plus rien oser. Si d'habitude la maladie marche lentement, il faut convenir que parfois il y a aussi des exceptions bien cruelles.

Examinez ce que deviendront les malades que vous avez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques du maxillaire supérieur; faites-en le dénombrement dans quelques années, et vous verrez ce qui aura survécu. Est-ce à dire, pour cela, que je croie qu'il faille reculer devant des opérations qui peuvent diminuer les souffrances pendant un certain temps ou prolonger l'existence pendant des années? Non certes.

Puisque notre honorable confrère s'était livré à des recherches statistiques, il aurait dû nous dire quelle était la proportion des tumeurs fibro-plastiques par rapport au cancer; il doit y avoir une proportion intéressante et facile à connaître, puisque la règle, pour les tumeurs fibro-plastiques, c'est la curabilité.

J'arrive maintenant à l'application du microscope comme moyen de diagnostic, car c'est là un point bien essentiel. Vous savez tous combien on éprouve d'embarras pour assigner à une tumeur, à une ulcération son véritable caractère ; il y a deux écueils à éviter : ou faire une opération inutile, c'est-à-dire enlever une tumeur susceptible de résolution ; ou perdre un temps bien précieux en remèdes généraux ou locaux. Si le microscope peut *à priori* nous faire reconnaître le véritable caractère de la maladie, il aura rendu un immense service.

Pour connaître les caractères d'une tumeur, bien souvent on pratique une ponction exploratrice : tantôt on amène du sang, de la sanie ; quelquefois il ne sort rien qu'un peu de sérosité. Avons-nous là des éléments suffisants pour les micrographes ? Non. Je ne parle pas des ulcérations, là il est toujours facile d'obtenir une partie suffisante du tissu pour l'examiner ; je parle des tumeurs du sein, du sinus maxillaire, du testicule, de celles où il serait bien important de connaître tous les éléments, car il en est qui, étant reconnues cancéreuses, seraient bien certainement abandonnées. Or, dans ces cas, je dis qu'une ponction exploratrice aidée du microscope ne sera pas plus profitable pour le diagnostic qu'elle ne l'était autrefois, se fût-on servi d'un trocart perforé pouvant ramener des parcelles de tissu à diverses profondeurs, absolument comme dans le sondage des terrains.

Pour que l'analyse microscopique ait de la valeur, il faut qu'elle porte sur une partie assez considérable de tissus, absolument comme l'analyse chimique d'un échantillon de minerai ; car, de même que tel échantillon rendra peu ou point de métal, de même telle partie d'une tumeur pourra ne contenir que très peu ou même point de cellules cancéreuses.

Comme exemple de cette proposition, je citerai le fait suivant :

Le 5 février 1845, M. Lenoir présentait à la Société une tumeur du sein pesant une livre et demie qu'il avait enlevée le matin même sous le sein droit d'une femme ; la tumeur était isolée de la glande mammaire ; elle était d'un tissu grisâtre, résistant, offrant à son intérieur une multitude de petites loges qui contenaient un liquide visqueux et jaunâtre, assez semblable à celui qu'on exprime par la pression de la glande prostate hypertrophiée. La nature mal définie

de cette tumeur fit naître la pensée de la soumettre à l'examen microscopique.

M. Huguier en soumit une partie à un observateur habile, à M. Mandl, et il trouva que la substance d'un blanc grisâtre qui était au centre de la tumeur était formée de cellules renfermant des globules cancéreux qui contenaient eux-mêmes un liquide au centre duquel se trouvaient des granulations ; tandis que la substance blanche qui était à la superficie de la tumeur était composée de globules arrondis, légèrement transparents à leur centre, et qui lui semblèrent composés de globules mammaires.

M. Nélaton, de son côté, soumit une autre portion de la tumeur à un autre micrographe non moins habile, à M. Lebert, qui trouva que sous de faibles grossissements la tumeur offrait un aspect lobulé à lobules multiples et arrondis, ayant tout à fait l'aspect du tissu glandulaire.

D'autres préparations microscopiques n'aboutirent qu'à démontrer qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la glande mammaire et du tissu cellulaire; mais nulle part il n'y avait trace d'affection cancéreuse.

Que conclure de ce fait? qu'il peut y avoir des dissidences très marquées entre des hommes également habiles? Nullement. Il faut en conclure qu'une portion de la tumeur était riche en cellules cancéreuses et que dans l'autre il y en avait absence complète.

Qu'aurait-on obtenu avec une ponction exploratrice? Aucun renseignement.

Nous devons donc dire : les ponctions exploratrices faites dans le but de s'éclairer à l'aide du microscope sont loin d'avoir une grande importance, elles restent ce qu'elles étaient avant, bonnes pour juger si une tumeur est liquide ou solide, remplie de pus, de sang ou d'hydatides ; mais le peu de tissus qu'on ramène avec le trocart n'est pas un élément suffisant pour en tirer une conclusion décisive, et n'oublions pas en passant de dire que les ponctions exploratrices sont loin d'être innocentes. Ce n'est donc que lorsque la tumeur est enlevée qu'on peut déterminer exactement sa nature, lorsqu'on l'a examinée en entier.

Ainsi, même en admettant que le microscope soit un moyen infaillible dans la grande majorité des cas, ce n'est qu'*à posteriori* qu'il établit le point le plus essentiel : le diagnostic.

Ce serait encore beaucoup si, au moins, il nous restait comme consolation, la certitude d'avoir délivré entièrement un malade d'une épouvantable maladie; mais il n'en est rien, car, à part la différence de forme moléculaire, vous avez vu que tous les caractères de la maladie sont essentiellement les mêmes. On peut les mettre sur deux lignes presque *ex æquo* sans crainte de se tromper, et je crois qu'en saine pratique il ne faut pas attacher une aussi grande importance à une simple différence de conformation moléculaire.

D'après ce qui précède, je me demande si on ne pourrait pas supposer que dans quelques-unes de ces affections désignées sous le nom de tumeurs fibro-plastiques il y a une période d'état caractérisée par un état moléculaire, très reconnaissable à l'aide du microscope, mais susceptible plus tard, par suite d'un travail dont nous ne connaissons pas encore les lois, de subir des transformations qui lui font perdre ces apparences physiques qui étaient son seul caractère. Il est possible que ce ne soit pas là le dénoûment de la question, mais, lorsqu'on voit dans certains végétaux, non-seulement l'aspect, la couleur, la saveur et d'autres caractères changer, il est permis de se demander si bon nombre de tumeurs fibro-plastiques ne seraient que des cancers à l'état de crudité. Certes, il y a une bien grande différence entre l'engorgement lymphatique des ganglions du cou, le tubercule à l'état de crudité qui s'y développe et l'abcès froid qui en est la terminaison; et, cependant, le tout n'est qu'une seule et même affection à des périodes diverses.

Ou enfin, si le tissu fibro-plastique n'est jamais susceptible de présenter la cellule cancéreuse, c'est une variété de cancer qui a une autre texture.

La pathologie permettant comme la botanique de grouper ensemble certaines affections, et d'en faire, si je puis le dire, des familles naturelles, je n'aurais été nullement étonné d'entendre dire que dans les affections cancéreuses il y en avait de plusieurs genres, de plusieurs variétés, toutes distinguées par des caractères propres, faciles à saisir; que de toutes ces variétés la moins pernicieuse était celle qu'on désignait sous le nom de tissu fibro-plastique, à cause de la prédominance de l'élément fibro-plastique pendant un certain temps, et de la rareté de la cellule cancéreuse. J'aurais accepté cette variété de cancer, comme je crois qu'il y a

un cancer de la peau nommé cancer épithélial, à cause de la prédominance du tissu épithélial. C'eût été une variété moins dangereuse de cancer, comme dans les champignons vénéneux il y en a dont les propriétés sont plus ou moins malfaisantes.

En résumé, quels sont donc les avantages du tissu fibro-plastique? Rien ne nous démontre qu'on n'en hérite pas; il récidive sur place comme le cancer, car vous m'accorderez bien que le plus habituellement le cancer bien reconnu ne récidive que sur place : assez souvent il ne cause que des douleurs passagères; mais vous avez aussi des cancers indolents malgré leur volume, l'étendue de leur surface. Le tissu fibro-plastique se borne-t-il à un seul tissu? Non, comme je le disais tout à l'heure; semblable au cancer, il envahit tous nos tissus dans la même proportion et aux mêmes époques de la vie; il s'ulcère, donne lieu à des hémorrhagies, et enfin, de l'aveu même des micrographes, il peut constituer une infection. Enfin, est-il lui-même à l'abri de la dégénérescence cancéreuse? Nullement; il y en a des exemples, et, comme dans tous les systèmes absolus, il faut toujours une réserve qui vous met à l'abri de tous les arguments; vous avez à la fin la série des tumeurs malignes, et, il faut l'avouer, elles sont tout aussi pernicieuses que le plus mauvais des cancers.

J'admettrais volontiers qu'avant que la cellule cancéreuse soit visible au microscope, il faut que la maladie passe par une série de transformations qu'il est très important de connaître, car si le chirurgien est assez heureux pour opérer lorsque les tissus ne présentent encore que l'élément fibro-plastique, il a peu de chances pour prévenir l'infection générale et n'avoir de récidive que sur place, et dans une époque d'autant plus éloignée que la maladie aura été plus complétement enlevée.

Peut-être qu'envisagée de cette manière, la doctrine de notre savant collègue eût rencontré moins d'opposition; et elle eût présenté pour le malade comme pour le chirurgien un côté consolant, à savoir : que de tous les cancers, celui qui a la marche la plus lente, les suites les moins funestes, c'est celui où domine l'élément fibroplastique.

Et en admettant même cette conclusion, il n'en restera pas moins vrai, de l'aveu même des micrographes, que l'élément fibro-

plastique est dans l'état pathologique un des éléments les plus dangereux qui puissent se développer dans notre économie.

M. Lebert répond à M. Marjolin. Mon honorable collègue M. Marjolin vient de vous exposer dans une argumentation écrite ses objections contre les doctrines que j'ai eu l'honneur de défendre devant la Société. Si je préfère répondre immédiatement, je sens que j'ai besoin de l'indulgence de la Société pour cette réplique tout improvisée.

Avant tout, j'éprouve le besoin de remercier M. Marjolin pour la bienveillance personnelle qui règne dans son argumentation. Pour ma part, je me tiendrai sur le même terrain; et si dans la chaleur de l'improvisation quelques paroles un peu vives m'échappaient, je prierai mon honorable collègue de ne point y voir une intention personnelle.

Dans tout le courant du travail que j'ai lu devant la Société, j'ai cherché à ne taire aucune des conséquences fâcheuses que pouvaient quelquefois entraîner les tumeurs fibro-plastiques, mais malgré cela, je suis arrivé à tracer d'une manière nette et précise des différences fondamentales entre les productions fibro-plastiques et le cancer, tant sous le rapport anatomique, aidé du microscope, que sous celui de l'observation clinique et de la thérapeutique.

Je ferai ici une remarque préliminaire à laquelle j'attache une grande importance, c'est que j'ai été obligé de fonder la plupart de mes doctrines sur un grand nombre d'observations que j'ai recueillies moi-même depuis un certain nombre d'années, tant dans les hôpitaux que dans ma pratique. J'ai bien souvent déploré les lacunes, sous ce rapport, que j'ai rencontrées à chaque pas en lisant les auteurs. Partout beaucoup d'assertions, partout des doctrines, mais les preuves et les pièces justificatives, je les ai vainement cherchées dans la plupart des publications faites sur le cancer et les maladies confondues avec lui. L'anatomie pathologique des tumeurs y est généralement mal faite. On se contente d'indiquer quelques caractères physiques; à peine jette-t-on un coup d'œil sur une coupe fraîche. Quant à la texture, il en est à peine question, ce qui n'empêche pas les auteurs de porter un jugement net sur la nature des tissus accidentels. On est ainsi resté assez généralement au-dessous même du degré de prévision que l'œil nu peut fournir pour leur détermination. Mais là où j'ai le reproche le plus grave à formuler

contre les travaux de la chirurgie moderne, par rapport aux tumeurs, c'est dans l'observation clinique, au lit du malade. On ne saurait imaginer combien les observations véritablement bien faites et complètes sous ce rapport sont rares dans la science, et, s'il est indispensable pour arriver à des doctrines d'avoir par devers soi un grand nombre de faits bien observés et bien analysés, il est avant tout essentiel de commencer par avoir de bonnes unités de faits et d'avoir noté pour chaque cas particulier tous les détails de la santé antérieure des malades, des renseignements sur celle des parents, une description minutieuse du développement du mal local et de ses caractères physiques, un examen clinique ensuite de tous les organes du corps, puis la marche ultérieure. Une opération étant devenue nécessaire, pas un détail essentiel ne doit manquer dans les rapports de la tumeur avec les tissus et les organes du voisinage, dans son aspect et dans sa structure. L'examen microscopique ne saurait jamais manquer, sans que l'on s'expose à tomber dans une omission regrettable. Quelques essais chimiques doivent compléter ces études physiques. Le malade enfin vient-il à mourir, il faut examiner à l'autopsie tous les organes du corps avec le plus grand soin.

N'ayant point trouvé la science faite d'après ces principes, mais ayant de mon côté toujours suivi cette manière d'observer, grâce en partie aux préceptes de mon savant maître et ami M. Louis, et aux études physiologiques auxquelles je me suis toujours livré, je ne devais fonder mes opinions que sur les détails que mes propres observations renfermaient. Attaquer les doctrines contradictoires, non basées sur l'analyse des faits, était dès ce moment non-seulement permis, mais devenait pour moi un devoir sacré.

Je puis dire aujourd'hui qu'après avoir travaillé longtemps dans cette direction, il n'y a nullement désaccord entre l'anatomie pathologique et la clinique; et soyez bien persuadés que chaque fois que vous rencontrerez des différences constantes entre deux tissus morbides, c'est qu'avec quelque attention vous découvrirez toujours aussi une différence de marche et de mode d'être pathologique.

Vous vous étonnez de ce que le tissu fibro-plastique se rencontre dans des conditions si diverses. A mon tour je ne comprends pas cet étonnement. Ne vous ai-je pas dit que le tissu fibro-plastique

n'était autre chose que du tissu cellulaire ou connectif en voie de formation, et que les tumeurs fibro-plastiques renfermaient exactement les mêmes éléments que le tissu connectif de l'embryon? Qu'y a-t-il donc d'extraordinaire qu'un tissu qui est une variété du tissu cellulaire, qui est le plus répandu dans l'économie, se montre dans des localités différentes? Le contraire serait inexplicable. Et ici je dois insister sur un des points les plus essentiels de la différence qui existe entre le tissu fibro-plastique et le tissu cancéreux. Tandis que le premier se montre déjà pendant la vie embryonale, puis dans l'organisme, à l'état de développement complet, ensuite dans les produits de l'inflammation, de l'hypertrophie, et enfin dans des productions autogènes; tandis qu'il est, en un mot, omœomorphe; le cancer, au contraire, est un tissu toujours étranger à l'économie, en un mot, toujours hétéromorphe. Ce fait, qui m'avait fait une si profonde impression dès mes premiers travaux anatomiques, et auquel j'étais arrivé pendant que je recueillais encore mes matériaux, je l'ai retrouvé plus tard dans les œuvres des meilleurs anatomo-pathologistes, des Laënnec, des Lobstein, des Carswell.

La différence de gravité entre le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire et celui des tumeurs n'est pas aussi tranchée qu'elle le paraît au premier abord. Bien des testicules doivent être extirpés par suite de l'organisation définitive de ce tissu dans leur trame, lors même que l'inflammation chronique en a été le seul point de départ. Quant aux arthrites chroniques, elles guérissent lorsque ce tissu passe à l'état fibreux; mais, malheureusement, ce n'est pas l'état le plus fréquent; souvent, au contraire, le tissu fibro-plastique qui constitue cette masse lardacée autour des articulations, que tous les chirurgiens reconnaissent avec crainte, s'organise pour son propre compte, et si bien que l'amputation seule débarrasse le malade de la source de ses souffrances. D'un autre côté, les tumeurs fibro-plastiques essentielles peuvent aussi bien se flétrir et disparaître que le tissu fibro-plastique d'origine phlegmasique; ce dont on trouve la preuve dans l'histoire de la kéloïde, pour laquelle je l'ai observé. Ce fait a été signalé et fort bien décrit aussi par M. Firmin, dans sa thèse inaugurale sur la kéloïde.

Pour ce point de doctrine, comme, du reste, je ne crains pas de le dire, pour beaucoup d'autres, M. Marjolin n'a opposé à mes ana-

lyses de faits que des impressions pratiques manquant de base, en ce sens qu'il n'a produit aucune espèce de pièce justificative ni de statistique raisonnée tirée de sa propre expérience, ou, pour m'exprimer plus sobrement, tirée de ses notes.

Quant aux faits appartenant à d'autres, il faut avouer qu'il n'a pas été heureux dans son choix. Passons en revue plusieurs de ces faits, et voyons quelle sera leur place dans cette discussion, après une analyse complète.

L'observation d'un cancer à marche lente, héréditaire dans une famille, que M. Marjolin a tirée de l'ouvrage de Boyer, se rapporte à une pièce qui est conservée dans le musée Dupuytren. C'est une tumeur cartilagineuse pure et simple, un enchondrome, comme peuvent l'attester mes honorables collègues MM. Lenoir, Houel et Follin. Les tumeurs dures que plusieurs membres de cette famille portaient aux orteils se rapportent admirablement bien aussi à l'histoire de l'enchondrome. M. Marjolin a donc prouvé la thèse contraire, l'hérédité d'une tumeur non cancéreuse; et ce fait doit être élagué complétement de la discussion.

Le second fait est celui d'une hypertrophie de la mamelle, enlevée par M. Lenoir en 1845. M. Marjolin raconte qu'une portion de la tumeur avait été envoyée à M. Maudl, qui y avait trouvé les éléments du cancer, tandis que, de mon côté, j'avais trouvé les éléments de la mamelle à l'état hypertrophique. Je reviendrai tout à l'heure sur le procédé employé à mon égard à cette occasion. Je vais d'abord édifier la Société sur la valeur scientifique de ce fait, qui, du reste, a déjà fait de ma part le sujet d'une longue lettre, insérée en 1845 dans la *Gazette médicale*, et qui se trouve reproduite très au long dans ma *Physiologie pathologique*. Il s'agit d'une femme, jeune encore, âgée de 32 ans, offrant toutes les apparences d'une fort belle santé, qui, dans l'espace de douze ans, a vu se développer cette tumeur du sein qui pendant les derniers temps était devenue douloureuse. Absence de tout retentissement ganglionaire, absence de tout trouble fonctionnel, conservation des forces et de l'embonpoint; en un mot, mal local s'il en fut jamais. L'extirpation faite, on envoie quelques parcelles à M. Mandl, qui ne s'est jamais occupé d'anatomie pathologique avec suite. De mon côté, je reçois la tumeur tout entière, qui était très-volumineuse et qui pesait 650 grammes, et je n'y trouve absolument

d'autres éléments que ceux d'une hypertrophie. Eh bien! depuis huit ans bientôt que l'opération a été pratiquée, la malade continue à être exempte de toute récidive et à se porter parfaitement bien, d'après les renseignements de M. Lenoir lui-même.

Qu'il me soit permis de dire à présent un mot sur ce mode de procéder. On envoie souvent à plusieurs personnes qui s'occupent d'études microscopiques quelques parcelles d'une tumeur, et on dit malignement : « Pour le microscope il y en aura toujours assez. » C'est une manière de faire détestable. On a l'air de vouloir faire faire à des savants un assaut de spadassins; on a bien plutôt l'intention de leur tendre des piéges que de vouloir s'éclairer. Je déclare une telle manière de faire comme tout à fait au-dessous de la dignité de la science.

Je dois même, à cette occasion, protester d'une manière énergique contre la dénomination de micrographe. Nous tous qui nous occupons ici de ce précieux et incomparable instrument, qui est une des plus grandes merveilles qu'ait enfantées l'esprit humain, nous sommes médecins et pathologistes avant tout. Notre but à tous est de guérir ou de soulager les souffrances de ceux qui nous honorent de leur confiance, et si, après avoir fait une étude anatomique aussi complète que l'œil nu peut le faire, nous nous adressons à cet admirable œil perfectionné que l'on appelle microscope, nous cherchons des ressources dans les sciences naturelles que la pathologie pure ne nous offrirait point. On n'a pas besoin d'inventer un nom particulier pour cela. Ce nom me paraît tout aussi peu convenable que celui d'urographe que l'on appliquerait aux médecins qui étudieraient les urines par les réactifs chimiques, ou celui de coprographe, nom pompeux sous lequel on désignerait l'homme qui serait curieux de savoir de quoi sont composées les matières fécales dans la dyssenterie ou la fièvre typhoïde.

Nous arrivons à un des points importants de la discussion. Malgré toutes les preuves accumulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société sur les différences fondamentales qui existent entre les tumeurs fibro-plastiques et le cancer, M. Marjolin se refuse à les reconnaître, et il dit que, parce que dans l'une et dans l'autre la récidive peut avoir lieu et la généralisation survenir, la mort même en être la terminaison, il y a identité entre les deux affections. Je rappellerai brièvement cependant

toutes ces différences fondamentales. Comme tissu, nous l'avons vu, le fibro-plastique est une reproduction d'éléments normaux; tandis que le cancer est un élément hétéromorphe. Comme dépôt local, la tumeur fibro-plastique se comporte de la même façon que les tumeurs fibreuses, graisseuses et autres productions homœomorphes, c'est-à-dire qu'elle écarte les tissus voisins sans se les assimiler, tandis que le cancer les fait disparaître par un véritable travail de substitution. Comme marche et développement local, les tumeurs fibro-plastiques ne s'ulcèrent que rarement et dans des conditions seulement où toute espèce de tumeur subirait la même altération : c'est lorsque l'emploi imprudent des caustiques en a dénudé la surface, ou lorsque, devenues très volumineuses, elles ont usé les téguments qui les recouvraient. Dans le cancer l'ulcération est, au contraire, une propension naturelle bien autrement fréquente. Dans les tumeurs fibro-plastiques l'absence de retentissement sur les ganglions lymphatiques voisins est la règle, et vous en avez vu de beaux exemples chez les malades présentés encore récemment par MM. Chassaignac et Larrey. Dans le cancer le retentissement ganglionaire est un fait aussi commun pour les tumeurs de la surface que pour celles situées dans la profondeur des organes.

Quant à l'infection générale par des dépôts secondaires, M. Marjolin prétend qu'elle n'a lieu pour le cancer que dans le dixième des cas. Erreur profonde! De simples souvenirs ne sauraient lutter ici contre une statistique qui est le résultat d'observations péniblement recueillies pendant 11 ans, au nombre de 467 pour le cancer bien confirmé seul. La moyenne totale des infections a été, d'après mes recherches, presque des trois cinquièmes (0,56), et elle a oscillé, selon les divers organes, entre le tiers et les quatre cinquièmes.

Pour les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, nous n'avons pu recueillir dans toute la science, malgré les recherches bibliographiques les plus soigneusement faites, que six cas en tout, et nous n'allons évidemment pas trop loin en signalant ce fait comme tout à fait rare et exceptionnel. M. Marjolin ne voit pas ces différences, mais pour nous, qui sommes ami du positif, nous ne partagerions l'avis de notre honorable collègue sur l'identité que lorsqu'il aurait démontré l'identité entre 56 pour cent d'un côté et 1 à 3 pour cent de l'autre.

Tout le monde sait à quel point la santé générale est profondément troublée lorsqu'une affection cancéreuse a duré depuis un certain temps, tandis que tous les observateurs sont frappés de l'intégrité de la santé générale dans les tumeurs fibro-plastiques, même opiniâtres à la récidive. La durée totale des affections cancéreuses varie en moyenne entre 27 et 42 mois; elle n'est que de 13 et de 16 mois pour les cancers de l'utérus et de l'estomac. Pour les tumeurs fibro-plastiques au contraire, elle est bien plus souvent de 5 à 10, même 15 et 20 ans que de courte durée, et celle de 1 à 3 ans est la rare exception. Cette grande chronicité, comme durée moyenne, constitue encore incontestablement une profonde différence. L'âge, dans le cancer, est différent également de celui des tumeurs fibro-plastiques. Rare avant 30 ans, le caucer commence à se montrer plus souvent entre 40 et 50, atteint son maximum entre 40 et 60, et après 60 ans il est plus fréquent encore qu'avant 40 ans. Les tumeurs fibro-plastiques se rencontrent à tout âge, mais elles sont plus fréquentes entre 35 et 50 ans; ce qui, d'après nos recherches statistiques, est du reste le cas pour presque tous les produits accidentels.

Une des grandes objections de notre honorable collègue est l'opiniâtreté des récidives; mais ici je ferai ressortir deux points qui démontrent toute la différence qui existe entre les deux affections. Je dirai à cette occasion que, loin d'encourir le reproche d'avoir inutilement multiplié les divisions en anatomie pathologique, je crois avoir contribué au contraire à rendre la pratique plus saine, plus active, plus consolante et à arracher à la mort un certain nombre de victimes que le chirurgien, découragé par les terribles insuccès des opérations multipliées dans le véritable cancer, abandonnerait peut-être à leur malheureux sort, sans ces notions précises auxquelles je cherche à acquérir aujourd'hui le droit de domicile dans la science.

La récidive, dans le cancer, est non-seulement locale, mais souvent éloignée. Aucune règle fixe n'existe à cet égard. Elle est constamment locale dans les tumeurs fibro-plastiques, sans compter que j'ai péremptoirement démontré que dans un bon nombre de cas elle tient à des opérations incomplètes. Comparez, d'un autre côté, dans quelles circonstances vous faites une deuxième, une troisième, une quatrième opération à un homme atteint d'une tumeur

fibro-plastique avec le tableau des malades que vous opérez pour des récidives cancéreuses.

Vous avez tous présent à l'esprit le fait de ce conducteur d'omnibus auquel M. Chassaignac a enlevé cinq fois depuis quatre ans des tumeurs fibro-plastiques, toujours à la même place, sur la région thoracique, près de l'aisselle. Eh bien! chez cet homme jamais aucun retentissement sur les ganglions du voisinage, jamais aucun trouble de la santé générale n'a eu lieu. Aujourd'hui encore il fait son pénible service de conducteur d'omnibus, pour lequel, vous le savez, il faut être debout pendant 16 heures sur 24, exposé à toutes les intempéries des saisons, prêtant une attention constante aux personnes qui approchent, qui montent ou qui descendent de voiture. Quant à l'aspect extérieur de cet homme, son œil est vif, son teint est bon, ses muscles sont forts, son embonpoint naturel; en un mot, rien ne manque pour prouver que chez lui il ne s'agit que d'un mal local. Fouillez, d'un autre côté, dans vos souvenirs pour vous rappeler dans quelles circonstances vous avez fait des secondes et troisièmes opérations de cancer du sein. Ces malheureuses femmes, qui la première fois présentaient encore une santé passable, offrent à l'époque des opérations ultérieures, un teint pâle, l'œil terne, un affaissement général, un dépérissement progressif. A cette malheureuse femme à laquelle vous avez enlevé une première fois une tumeur cancéreuse du col utérin, vous la voyez, à l'époque de la récidive, pâlie et affaiblie par les pertes, avec un écoulement fétide, avec des douleurs insupportables dans le bassin, les lombes et les cuisses, en proie à une agitation et une insomnie que l'opium ne fait cesser que d'une manière trop passagère. Ce triste tableau, qui pour nous tous est un souvenir, n'est certainement pas exagéré. Je rappellerai ici un fait qui m'a vivement impressionné. C'est la mortalité proportiellement bien plus grande dans les hôpitaux pour l'opération des tumeurs cancéreuses, en comparaison avec celles faites pour les autres tumeurs. Il meurt, d'après mes relevés statistiques, qui sont en tout point d'accord avec ceux de mon ami M. Broca, un sixième des malades opérés du cancer du sein, tandis que la mort est la rare exception chez les femmes auxquelles on enlève des tumeurs hypertrophiques du même organe et quelquefois pourtant leurs dimensions sont bien considérables.

On m'objecte, comme obstacle à ma différentiation, la diathèse, fibro-plastique générale, que l'on voit quelquefois survenir. Mais ici encore je ferai observer à mon honorable collègue que la pathologie humaine et plus encore la pathologie comparée nous offrent de nombreux exemples de maladies diathétiques qui sont aussi différentes que possible du cancer. Chez l'homme, nous connaissons sous ce rapport la diathèse tuberculeuse; nous voyons quelquefois des ganglions lymphatiques, des glandes sébacées s'hypertrophier en grand nombre, des tumeurs fibreuses et graisseuses apparaître sur un grand nombre de points du corps à la fois. J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, dans mon travail sur le névrome, dix-sept observations de véritable diathèse névromatense et des milliers de ces tumeurs étaient répandues sur le trajet de tous les nerfs de l'économie. Mais pour bien comprendre la nature des tissus morbides et celle des diathèses, la pathologie comparée est bien autrement utile encore que celle de l'homme, étudiée isolément.

Voici d'abord quelques données sur une forme d'ostéosarcome fibro-plastique que l'on observe surtout chez le bœuf, plus rarement chez le cheval, et qui offre tout à fait les caractères des tumeurs fibro-plastiques chez l'homme. Ce mal siége surtout aux mâchoires, auxquelles il donne de telles dimensions que l'on a donné à cette affection le nom de « haut de graisse. » Malgré les dimensions considérables, le prix de ces animaux n'en est point diminué; leur santé générale n'en souffre point et ils arrivent au terme naturel de leur existence. Les tumeurs fibro-plastiques sont connues chez le cheval, chez le bœuf, chez le chien; on rencontre quelquefois des tumeurs multiples sous la peau, mais sans que les organes internes en soient atteints et sans que la marche et la durée de la vie en soient influencées. Chez le cheval la maladie appelée verrues est constituée également par une multitude de tumeurs fibro-plastiques qui siégent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; mais jamais l'animal n'en meurt. Le tissu de ces tumeurs est ferme, d'un blanc jaunâtre et ne contient point de suc trouble; en un mot, la structure anatomique et la marche clinique démontrent que la diathèse fibro-plastique chez les animaux est complétement différente de la diathèse cancéreuse.

La mélanose est également une affection diathésique très-répan-

due chez les chevaux blancs. Anatomiquement, elle offre l'absence de la cellule cancéreuse, et chimiquement elle présente cela d'important qu'elle permet à ces chevaux de vivre aussi longtemps que ceux qui n'en ont pas, et qu'elle ne produit d'accidents graves que lorsque la localisation a lieu de façon à intercepter quelque fonction essentielle à l'entretien de la vie. Il n'existe point chez les animaux de cachexie mélanique, tandis qu'au contraire elle accompagne constamment les maladies cancéreuses à leur dernière période.

La diathèse graisseuse s'observe chez le chien, le cheval et le bœuf. Ce sont des tumeurs multiples de toutes les parties du corps, soit extérieures, soit que leur siége ait lieu dans les cavités internes, surtout dans le tissu sous-péritonéal et sous-pleural. Lorsque cette diathèse existe, l'excision est suivie de la reproduction locale, et pourtant ces tumeurs offrent indubitablement les caractères du lipome ordinaire.

Chez le chien, il existe une prédisposition particulière à rendre toute espèce de maladie diathésique. Il est ainsi des polypes, souvent multiples à la fois dans les fosses nasales et dans le vagin. Lorsqu'une mamelle s'hypertrophie, presque toutes suivent le même travail morbide; il en est de même enfin des enchondromes de la mamelle, fréquents chez ces animaux. Voilà donc bien des exemples de diathèses chez l'homme et chez les animaux, dont l'existence ne saurait être révoquée en doute, et que l'on ne saurait confondre avec le cancer sans tomber dans les doctrines les plus paradoxales. Je dois ajouter qu'une partie de ces renseignements m'ont été fournis par un de nos vétérinaires les plus distingués, M. Leblanc père, et que M. Follin et moi nous avons pu vérifier la plupart des détails de ces faits.

On a dit que l'acceptation du terme de cancer, telle qu'on la trouve dans Boyer, était bien plus satisfaisante que celle que nous donnent les travaux récents sur la matière. Sans compter les descriptions fort incomplètes de ce grand écrivain, on trouve chez lui des contradictions flagrantes. C'est ainsi qu'il insiste sur l'incurabilité du cancer du sein, sur sa nature squirrheuse ou encéphaloïde, tandis qu'il nie ce tissu dans le cancer ulcéré de la face, auquel il donne en outre, pour caractère, sa curabilité fréquente. C'est qu'en qualité de bon praticien, il avait été frappé de ces différences;

mais ses recherches étant incomplètes, il n'a su les formuler en doctrines. M. Marjolin a dit que le cancroïde de la lèvre inférieure produisait aussi bien l'infection cancéreuse que le véritable cancer, or ce fait n'est pas exact : c'est un mal local grave qui, par ulcération, peut détruire les tissus voisins, et qui peut atteindre les glandes lympbatiques voisines; mais jamais je n'ai rencontré un fait d'infection de l'économie par suite d'un cancroïde de la lèvre. L'ulcération parvient, du reste, comme nous l'avons déjà vu, dans toute espèce de tumeur, ainsi que l'hémorrhagie lorsqu'un vaste ulcère existe. On oublie trop facilement que les tumeurs ordinairement les plus bénignes, composées d'un tissu évidemment non cancéreux, peuvent affecter, dans certaines circonstances, une marche très-grave, sans que l'on soit pour cela en droit de les assimiler avec le cancer. J'ai vu, il y a à peine un an, à la Société anatomique, une tumeur cartilagineuse qui s'était développée promptement, qui avait brisé plusieurs côtes, dans laquelle des cavités s'étaient creusées, dont l'une ulcérée fournissait tous les jours plusieurs onces d'un liquide trouble. Eh bien, de l'avis de tous ceux qui ont étudié cette tumeur après la mort, il n'y avait pas d'autres éléments que ceux du cartilage. Nous trouvons dans les Mélanges de chirurgie étrangère, l'observation d'un lipome énorme du dos opéré par J.-P. Maunoir et avec plein succès. Cependant, avant l'opération, les grandes dimensions du produit morbide, l'ulcération de la surface, le mauvais état du malade présentaient évidemment quelque ressemblance avec ce que nous observons dans les tumeurs cancéreuses. C'est à cette occasion que je dois parler d'une opinion émise par notre honorable collègue sur la transformation des tissus, et leur possibilité de dégénérer. Or, c'est une hypothèse aujourd'hui complétement abandonnée, combattue non-seulement par ceux que vous appelez les micrographes, mais aussi par un homme dont vous ne contesterez pas la grande autorité en anatomie pathologique, par M. Cruveilhier, qui n'a cessé de combattre cette manière de voir depuis trente ans. Par conséquent, pour faire revivre une pareille doctrine, il faut commencer par démontrer sa réalité.

Je vous ai déjà dit plus haut ce que je pensais de la manière vicieuse d'user du microscope dans les cliniques, en envoyant des petites parcelles à droite et à gauche. Je dois vous dire en quelques

mots quel est, selon moi, le véritable but de cet instrument. Lorsqu'après un examen consciencieux au lit du malade, après une dissection soigneusement faite, on veut se rendre compte de la structure moléculaire des produits des maladies, et je distingue plus que personne le produit de l'essence morbide, lorsqu'on veut être éclairé sur la pathogénie avant d'aborder la question grave de la thérapeutique, on se trouve arrêté par l'imperfection de nos sens. C'est ici que les sciences naturelles nous viennent en aide bien à propos. Cette substance, dont vous n'avez pu définir que les caractères les plus grossiers, sur la nature de laquelle il vous reste des doutes si nombreux, la chimie vous fait connaître ses principes immédiats constituants, le microscope vous démontre quelle est sa composition morphologique.

Vous comparez ensuite les résultats obtenus par ce précieux instrument avec ce que les autres méthodes d'investigation vous ont appris incontestablement, votre jugement devient plus sûr, plus élevé, plus philosophique, lorsqu'à des sens imparfaits vous avez pu substituer des sens perfectionnés et des méthodes rigoureuses. Lorsqu'on a fait ainsi de la science pendant longtemps, on arrive à mieux comprendre toute la phénoménologie d'une affection morbide et à poser ainsi un diagnostic mieux et plus rationnellement établi. Le microscope servira ainsi un jour, comme l'a si spirituellement dit mon ami M. Broca, à pouvoir presque se passer du microscope. Lorsqu'on ne fait pas un usage exclusif et absolu des notions que nous fournit le microscope, lorsqu'on ne l'envisage que comme complément des autres méthodes, il doit nécessairement épurer et rajeunir toute la pathologie. De plus en plus nous suivrons ainsi les méthodes exactes des naturalistes, et il arrivera à la pathologie de progresser d'une manière non interrompue, comme l'ont fait, par exemple, nos doctrines sur le magnétisme terrestre et sur le galvanisme, progrès que nous ne saurions assez admirer si nous comparons les doctrines galvaniques de nos jours avec les éléments de cette grande et mémorable discussion entre Volta et Galvani, qui a pourtant été le point de départ des notions modernes.

Le but du microscope est donc d'éclairer la pathologie et la thérapeutique, en confrontant ses résultats avec ceux des autres voies, d'observer et de remplacer de plus en plus en médecine les vues de

l'esprit et les impressions vagues par les procédés exacts des naturalistes.

Vous avez cru pouvoir reprocher au microscope de ne pas toujours éclairer le chirurgien qui s'adresse à lui pour se rendre compte de la nature de quelque parcelle extraite par une ponction exploratrice. Je dois dire à cette occasion que les ponctions exploratrices en effet ne fournissent pas toujours des résultats précis, parce qu'on peut tomber dans une cavité séreuse, dans une collection sanguine, dans une substance étrangère à la masse principale d'une tumeur. Je dirai de plus que j'ai vu plusieurs fois des tumeurs s'enflammer après des ponctions exploratrices. Il faut donc les pratiquer avec réserve, mais la cause du microscope n'y est pas pour cela en jeu. Quant au diagnostic microscopique avant une opération, c'est surtout dans les excroissances de la peau et des membranes muqueuses qu'il m'a rendu souvent de grands services. L'expérience m'a en effet démontré que l'on pouvait en enlever des parties suffisamment étendues pour permettre d'être fixé sur la nature des productions accidentelles, et le choix de l'opération est ensuite notablement influencé du résultat de cette exploration. Mais je vous le répète, tous ces petits services que le microscope peut nous rendre ne constituent qu'un mérite accessoire. Son but véritable est bien autrement élevé et philosophique, celui d'être une des colonnes de sustentation du vaste édifice de la pathogénie.

Je pourrais relever encore bien des objections dans l'argumentation de M. Marjolin, mais je craindrais d'abuser des moments de la Société à l'attention de laquelle je viens déjà de faire un appel presque indiscret.

M. MARJOLIN. Je répondrai en peu de mots à M. Lebert, car les questions de ce genre peuvent s'éclairer, non par des discussions sans fin, mais par des faits qui n'ont de valeur qu'avec la sanction du temps.

Les arguments que notre honorable collègue a développés étant les mêmes que ceux qu'il a exposés dans son savant mémoire, je serai obligé de reproduire les mêmes réponses sans apporter le moindre jour sur la question et en conservant les mêmes convictions.

Néanmoins comme il y a quelques points qui sembleraient faire

présumer que M. Lebert s'est mépris sur le sens de mes objections et comme d'autre part, la discussion s'étant singulièrement étendue, il y a des propositions qui ne peuvent rester sans réplique, je dirai : J'ai suivi dans ma réponse la marche que M. Lebert a suivie dans la méthode des naturalistes; j'ai mis constamment en parallèle la marche, les caractères extérieurs, les symptômes et la terminaison des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses, et constamment j'ai été frappé non-seulement de l'analogie, mais souvent de l'exacte ressemblance qui existait entre les deux affections, et alors j'ai été amené à cette conclusion que, si ces deux genres de maladies n'étaient pas identiquement les mêmes, il y avait de tels liens de ressemblance qu'il fallait les ranger dans la même famille, sauf plus tard, lorsque l'expérience l'aura bien démontré, à établir quels sont dans cette famille les genres les plus funestes pour notre économie.

Mais pour arriver à cette conclusion il ne suffit pas des faits qui datent pour ainsi dire de la veille, il faut que ces mêmes faits, qui nous sont présentés aujourd'hui, soient vérifiés dans plusieurs années, et alors on verra quelle est la proportion exacte entre le nombre des tumeurs fibro-plastiques et le nombre des cancers, entre les guérisons durables et les terminaisons fâcheuses; on verra enfin si les individus qui ont présenté des tumeurs fibro-plastiques sont exempts d'une infection fibro-plastique et si cet état n'est qu'une exception. On pourra enfin s'assurer que jamais l'affection fibro-plastique n'arrive à cet état moléculaire qui semble constituer le caractère essentiel du cancer.

Opposer aujourd'hui des faits n'avancerait à rien, notre collègue nous dirait : Si vous n'avez pas employé au commencement comme à la fin de la maladie le microscope, je n'en puis tenir aucun compte, vos observations sont incomplètes : nous acceptons encore cette objection, car au milieu de tant de faits du même genre qui sont sans cesse soumis à notre examen, je crois qu'il y a possibilité d'arriver à une conclusion plus pratique que celle que nous a présentée M. Lebert. Je dirai ensuite que ce n'est pas à notre âge qu'on peut dire : Voici le résultat de ma pratique; il faut pour cela un plus long espace de temps, il faut avoir vu, comme de vieux praticiens, passer dans ses mains plusieurs générations et pouvoir dire : J'ai connu la grand'mère, qui se mourait d'un can-

cer ; j'ai opéré sa fille d'une maladie semblable, et dans la troisième génération je retrouve encore la même affection. Voilà ce qui s'est dit du cancer, nous verrons plus tard ce qu'on dira des tumeurs fibro-plastiques. Mais lorsque l'observation est aussi jeune, quelque bien observés que soient les faits, pour vous prononcer, attendez que le le temps ait dit son dernier mot. Autrement nous pourrons dire à notre tour que l'observation est incomplète.

Oui, j'avais droit de dire que si le tissu fibro-plastique offre dans ses atomes une différence perceptible au microscope, il n'en est pas moins une maladie presque aussi terrible que le cancer, puisqu'il récidive avec tant de promptitude, que dans l'espace de quinze mois deux malades qui nous avaient été présentés avaient été opérés, l'un cinq fois par M. Chassaignac et l'autre trois fois par M. Larrey ; vous me dites : Mais leur état actuel de santé est parfait, ils ont repris leurs travaux; c'est vrai, mais attendez un peu, attendez seulement quinze mois.

Comme vous, je le répète, je désire bien vivement que la proportion des cancers diminue, et puisque la curabilité des tumeurs fibro-plastiques est la règle, vous aurez rendu un éminent service en dirigeant les recherches des praticiens vers ce but ; mais, quant à présent, lorsque je vois une maladie offrir de l'obscurité dans son développement, dans sa marche, dans sa manière d'être, dans sa tendance à la récidive, et finalement dans une véritable infection qui, jusqu'à présent, n'est pour vous que l'exception, je suis en droit de dire à la maladie : Si tu n'es pas le cancer tu es de sa famille, car, comme lui, tu parais dès l'enfance, tu as les mêmes formes, tu t'ulcères, tu causes des hémorrhagies, souvent d'atroces douleurs, tu récidives ; en un mot, si tu n'as pas la même forme de molécule, tu n'en es pas moins unie par des caractères qui font de toi, sinon une maladie identique, au moins une maladie analogue.

Notre honorable collègue ne veut pas que la tumeur dont parle Boyer soit une tumeur cancéreuse. Qu'ai-je dit dans ma réponse? J'ai dit : Si la tumeur est cancéreuse, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur ; si au contraire la tumeur est fibro-plastique, j'en tire cette conséquence qu'elle peut être héréditaire. Restera maintenant à savoir dans quelle catégorie on doit classer les enchondromes, puisque c'est à ce dernier genre qu'elle semble appartenir.

Dire maintenant avec notre collègue que parce que certains détails ne se trouvent pas mentionnés par des auteurs consciencieux, il faut regarder comme non avenu tout ce qui a été fait sur les tumeurs, c'est une proposition qui n'est pas acceptable. Comment ! tout ce que J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren et tant d'autres praticiens célèbres nous ont transmis sur les tumeurs, il faudrait l'oublier ? tant de précieuses traditions seraient perdues ? Non. Si dans leurs observations il s'est trouvé parfois des lacunes regrettables, il y a aussi un tel cachet de vérité, qu'elles constituent à elles seules une tradition qu'il faut conserver religieusement, car à elles seules elles résument toutes les données cliniques. Oui, comme le disait tout à l'heure M. Lebert, il arrive trop souvent que des observations pèchent par des oublis. C'est vrai ; j'en ai eu la preuve en relevant les procès-verbaux de la Société ; mais de là à vouloir refaire tout ce qui a été fait par des hommes que nous devons nous efforcer d'imiter, il y a là une différence dans la manière d'envisager les faits qu'on ne peut laisser passer sans réplique.

Dans la discussion notre collègue semble s'être ému de ce que je m'étais servi du mot de micrographe, j'avoue que j'en ai été étonné, ce terme était tout aussi naturel que si j'avais eu à parler des anatomo-pathologistes ; remplaçant une périphrase par un mot, je désignais ceux qui ont appliqué le microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, et notre collègue aurait bien tort de vouloir ici repousser un titre auquel il a tant de droits par l'importance de ses recherches micrographiques.

Quant à penser que j'envisage le microscope comme un instrument inutile, c'est une erreur ; car dans tous les cas où j'ai eu des tumeurs à enlever, je les ai toujours fait examiner, soit par M. Lebert, soit par d'autres personnes habituées à l'emploi de cet instrument ; et très souvent j'ai eu soin de prendre le dessin des figures ; la seule différence, c'est que les conclusions que j'ai tirées de son emploi sont moins absolues, et que je ne me suis pas pressé de publier ces observations.

Un autre point que je ne veux pas laisser passer inaperçu, c'est une remarque de M. Lebert sur l'emploi du microscope dans la clinique ; notre honorable collègue s'est tellement mépris sur ma manière de voir, que je le prierais de relire ce que j'ai écrit. Lorsque deux personnes envoient séparément à deux observateurs con-

sciencieux deux échantillons d'une même pièce, ce n'est pas pour élever un conflit, c'est pour donner plus de poids aux recherches, et quelquefois aussi dans la crainte qu'une pièce ne soit perdue; j'ai eu bien soin dans ma phrase de faire sentir que ce n'était pas un conflit. Une plaisanterie qui serait tout au plus permise dans l'intimité devient un fait indigne de gens qui se respectent. Ce n'est pas de cette manière que la science procède. Ma conclusion était celle-ci : Pour arriver à une analyse certaine, il est important d'avoir toute la tumeur, car il est possible que telle portion renferme de l'élément cancéreux, tandis que telle autre en est entièrement dépourvue; et ceci m'amenait tout naturellement à demander quelle pouvait être l'utilité du microscope dans le diagnostic à priori, et quelle pouvait être dans ce but l'utilité des ponctions exploratrices, ayant bien soin de signaler les dangers de ces ponctions exploratrices.

M. Lebert. Il me serait impossible d'entrer de nouveau dans les longs détails qui ont fait le sujet de mon argumentation de tout à l'heure. Ma conviction est qu'une discussion ultérieure ne saurait être fructueuse qu'autant qu'on opposerait l'analyse de faits nombreux à ceux sur lesquels je me suis appuyé pour arriver à mes résultats généraux.

M. Roux présente une tumeur qu'il a enlevée chez un malade, dont il avait entretenu la Société dans une des précédentes séances; cette tumeur attenait à l'humérus. Cette pièce, quant à son aspect, ressemble tout à fait à une tumeur colloïde. (Plus tard cette observation sera publiée dans son entier.) M. Roux prie M. Lebert de vouloir bien examiner cette tumeur avec le microscope pour en rendre compte à la Société.

M. Forget. Avant que M. Lebert communique le résultat de ses recherches, je prierai M. Roux de vouloir bien dire quelle est son opinion sur la nature de cette tumeur. Est-elle ou non de nature cancéreuse ?

M. Roux. J'avoue qu'aujourd'hui il est assez difficile de se prononcer, mais cependant, d'après la marche, les symptômes et l'aspect de la tumeur, je crois qu'elle est de nature fongueuse, mais qu'elle n'est pas de nature à récidiver.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 5 janvier 1853.

Présidence de M. Guersant.

Correspondance.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le secrétaire annonce que M. Giraldès fait don à la Société des ouvrages dont nous transcrivons les titres ·

1° Scarpa. *Mémoires de physiologie et de chirurgie*, traduction de Léveillée.

2° Dionis. *Cours d'opérations de chirurgie.*

3° Garengeot. *Traité des opérations de chirurgie.*

4° Duverney. *Traité des maladies des os.*

Des remercîments sont adressés à M. Giraldès.

— La Société reçoit aussi un volume dont M. Lebert devra rendre compte ; nous en transcrivons le titre :

Adelmann. *Baiträge zur medicinischen und chirurgischen Heilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Hospital praxis.* Riga.

Suite de la discussion sur la classification des tumeurs malignes.

M. Follin prend la parole en ces termes :

Je ne prendrais pas la parole dans ce débat si depuis un assez bon nombre d'années il ne m'avait été donné de vérifier, le micrographe à la main, l'exactitude des faits que M. Lebert a avancés dans son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques. Mais aujourd'hui ma conviction à cet égard est si intime que je ne peux laisser sans réponse quelques-unes des allégations contenues dans l'habile plaidoyer rédigé par notre honorable secrétaire contre certains résultats de l'observation microscopique.

Je n'abuserai point des moments de la Société, et je ne m'arrêterai qu'à quelques questions essentielles qui ont paru faire impression sur certains esprits et qu'on ne cesse d'opposer aux micrographes. Ces points qui fixeront surtout mon attention ce sont les dissidences constatées entre certains observateurs dans l'examen microscopique, c'est cette question si importante et si peu connue de la récidive des tumeurs; c'est, enfin, l'étude comparative des caractères qui appartiennent aux tumeurs fibro-plastiques et aux tumeurs cancéreuses.

Mais, avant d'aborder ces questions, permettez-moi de constater que nos adversaires nous ont combattu par des arguments pris en dehors de la cause : on n'a nié aucun des résultats anatomiques de l'observation microscopique; on n'a contesté aucun des faits matériels que nous avançons. Dès lors, en n'apportant aucune recherche personnelle, mais bien des interprétations spéculatives, on a adopté, tacitement sans doute, mais on a adopté les faits qui servent de base aux doctrines que nous défendons.

Nous nous attendions à ce qu'on allait soumettre avec le microscope à une vérification nouvelle les faits que nous avançons. Il n'en a rien été, et c'est par de longs raisonnements qu'on a cherché à détruire des faits qu'il eût été si facile de vérifier directement. Puisqu'on ne nous a point combattu par les armes de l'observation, j'en prends acte, et j'examine de suite l'objection qu'on tire des prétendues dissidences constatées entre divers micrographes dans l'examen d'une même tumeur.

Une tumeur est donnée, dit-on, à plusieurs observateurs habiles, et ils arrivent à des résultats différents : donc le microscope est un instrument qui peut induire en erreur. Il serait facile de répondre que les micrographes n'ont aucune prétention à une infaillibilité absolue et que des erreurs peuvent être commises aussi bien en microscopie que dans toute autre branche des connaissances humaines. Mais ces dissidences dont on a fait si grand bruit et qui, chose assez singulière ! frappent surtout ceux qui ne font pas de la micrographie une étude habituelle, ces dissidences existent, je ne les nie pas, mais elles ne sont souvent qu'une conséquence forcée d'un mode d'examen que, pour mon compte, je regarde comme vicieux. Je veux parler de ces examens qui portent sur des fragments minces, isolés des tumeurs et que certains chirurgiens aiment à jeter en pâture à la fois à plusieurs observateurs. C'est une erreur de croire qu'on puisse arriver à quelque résultat certain en n'observant que des parcelles détachées de tumeurs qu'on n'a point entières sous les yeux. Ces examens partiels faits sur des tumeurs à éléments complexes ne peuvent conduire qu'à des conclusions erronées. Il suffit d'avoir vu que dans la mamelle, par exemple, à côté des masses cancéreuses les mieux caractérisées, existent des hypertrophies glandulaires types pour rester convaincu qu'un tel mode d'observation est insuffisant. A une certaine époque, avides de tout voir, les micrographes ont pu se livrer souvent à ces examens partiels. Aujourd'hui il faut procéder autrement; une dissection par le scalpel doit précéder toute étude plus approfondie et fera d'abord connaître les rapports et la configuration générale de la tumeur; elle permettra de mettre à nu toutes les parties qu'on veut exa-

miner séparément. Une macération convenablement faite démontrera des détails qu'on n'avait point au premier abord aperçus; un premier examen à l'aide de faibles grossissements servira à bien distinguer l'ensemble de certaines parties dont des lentilles plus fortes feront mieux apprécier les détails. C'est cette méthode d'observation qu'il faut recommander bien haut; procéder autrement dans l'examen des tumeurs, c'est se laisser conduire fatalement vers l'erreur, et je ne doute pas que, si parfois des dissidences se sont montrées entre des observateurs également habiles, elles ne tiennent souvent à ce que leur examen a porté sur des parties différentes. Donc ces dissidences ne prouvent pas grand'chose dans la question qui s'agite aujourd'hui devant la Société, et les micrographes qui procéderont comme nous l'avons indiqué ne manqueront pas de les éviter.

J'arrive maintenant à la question de récidive. L'on a dit dans la dernière séance : Tout ce qui récidive est cancer. Si une telle proposition pouvait être acceptée par la Société, il faudrait faire table rase de ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution des tumeurs. La récidive peut bien être une des propriétés du cancer, mais elle ne peut lui servir de caractère spécifique.

Toutes les tumeurs sont susceptibles de récidiver, mais toutes ne récidivent pas de la même manière. Il faudrait dire de quelle récidive on veut parler, car il y en a plusieurs sortes dont aujourd'hui nous connaissons assez bien le mécanisme. Ces récidives si différentes dans leur essence, loin de servir à englober sous un même nom les diverses tumeurs, pourraient presque constituer des caractères différentiels. Nous distinguerons trois sortes de récidives : la récidive sur place, la récidive dans les ganglions et la récidive par infection du sang dans des points éloignés du siège primitif du mal. Du peu de similitude qui existe entre ces trois espèces de récidive, il faut conclure qu'il serait urgent de déclarer de quelle récidive on veut parler quand on dit : Tout ce qui récidive est cancer. Examinons rapidement les caractères essentiels de ces récidives.

La récidive sur place appartient à toutes les tumeurs, qu'elles soient ou non cancéreuses. Je suis porté à présumer qu'une extirpation incomplète du produit morbide lui donne souvent lieu. Dans certaines tumeurs, le chirurgien ne serait guère excusable de n'avoir point tout enlevé, car leurs limites se reconnaissent facilement à travers le tégument externe; mais il est un autre genre de tumeurs dont la constitution anatomique prédispose énormément à la récidive sur place. Les cancroïdes épithéliaux de la peau, en effet, se propagent d'une façon insidieuse en s'infiltrant par des prolongements radiculaires qui se reconnaissent seulement à la coupe du tégument externe. Cette infiltra-

tion, toujours plus prononcée dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la peau, ne se perçoit guère facilement sur le vivant, et, alors qu'on se croyait au delà des limites du mal, on constate dans l'épaisseur du derme des traînées épithéliales. Il faut donc inciser beaucoup au delà du mal apparent pour être assuré de pénétrer dans de la peau saine et d'enlever le mal réel. L'examen d'un grand nombre de cancroïdes épithéliaux m'a convaincu de cette disposition anatomique, et je crois que la thérapeutique chirurgicale peut en retirer de précieuses indications. Un de nos honorables collègues, M. Michon, bien persuadé, comme nous, que les cancroïdes de la peau ont une marche plus sous-cutanée qu'extérieure, les enlève très largement et compte dans sa pratique de remarquables succès.

Il est une autre espèce de récidive, c'est celle qui s'effectue dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. Cette récidive est fréquente dans les cancers, les cancroïdes, dans les tumeurs mélaniques non cancéreuses; elle est rare dans les tumeurs fibro-plastiques. En détruisant les extrémités radiculaires des lymphatiques, ces masses morbides versent dans l'intérieur de ces cancers les particules les plus déliées du tissu malade. Ces molécules morbides cheminent ainsi vers les ganglions; elles s'y arrêtent et s'y développent. Telle est la récidive dans les ganglions. Cette récidive, si fréquente dans le cancer et dans les cancroïdes, est fort rare pour les produits fibro-plastiques qui refoulent plutôt qu'ils ne détruisent les lymphatiques au milieu desquels ils sont placés. Quoi qu'il en soit, cette pénétration des éléments cancéreux dans les ganglions n'a rien de spécial, puisque nous y voyons pénétrer des corps inertes comme les poudres colorées du tatouage. Est-ce de cette récidive qu'on a voulu parler? Dans ce cas, je déclare qu'elle n'a pas la même physionomie dans les cancers, dans les cancroïdes et dans les tumeurs fibro-plastiques.

Enfin j'ai parlé d'une récidive par infection. Cette récidive, qui se traduit par des tumeurs multiples dans l'économie, n'a jamais été démontrée dans les cancroïdes épithéliaux. Elle est fort rare, quoique possible, dans les tumeurs fibro-plastiques: enfin elle est très fréquente dans les tumeurs cancéreuses. Cette récidive s'opère par un mécanisme qui a été bien étudié par notre collègue et ami M. Broca, dans une des monographies les plus complètes sur l'affection cancéreuse. Les tumeurs cancéreuses qui détruisent si facilement les tissus pénètrent dans les veines et versent ainsi dans le torrent circulatoire les éléments les plus vivaces du tissu cancéreux. Ces globules moléculaires qui s'identifient avec le sang infectent l'économie et constituent une diathèse, origine de manifestations multiples du cancer. Cet état

diathésique, nous ne l'avons encore rencontré que six fois dans les tumeurs fibro-plastiques.

En suivant dans mon esprit cette série de manifestations cancéreuses qui débute par un état local et qui se termine par un état diathésique héréditaire, je ne peux m'empêcher de reconnaître d'immenses différences entre les cancroïdes qui ne vont guère au delà des ganglions, les tumeurs fibro-plastiques si rarement infectantes et les cancers qui ne laissent échapper aucun genre de récidive.

La récidive ne peut donc être la pierre de touche des tumeurs cancéreuses, puisqu'on la constate dans d'autres tumeurs. Mais il faut en tenir grand compte, car elle a une incontestable valeur au point de vue du pronostic. On doit toutefois en bien distinguer les variétés, car sans cela on arrêterait la main du chirurgien devant des cas où son intervention a été si heureuse; l'examen microscopique ne devient donc plus une simple curiosité d'anatomiste lorsqu'il est appelé à fixer la probabilité et le pronostic d'une récidive. S'il s'agit d'une tumeur épithéliale sans ganglions, si la partie a été enlevée au delà des traînées qui infiltrent la peau d'une façon si trompeuse, la récidive n'arrivera point. Les tumeurs fibro-plastiques pourront récidiver souvent sur place, mais elles ne produiront que rarement la récidive ganglionaire, et plus rarement encore l'infection générale. Quant au cancer proprement dit, micrographes et chirurgiens sont d'un commun accord sur sa récidive.

Notre honorable secrétaire a soutenu, dans la dernière séance, que le cancer et le tissu fibro-plastique étaient en tout semblables, et ne différaient que par de simples caractères de configuration. Je ne peux admettre avec lui qu'il s'agisse ici d'une seule et même affection. En me rappelant tout ce qui nous sert à établir les caractères des tumeurs, constitution anatomique, développement, terminaison, tout cela me paraît différent dans le cancer et dans le tissu fibro-plastique. A l'œil nu, les tumeurs fibro-plastiques apparaissent sous la forme de masses lobulées, souvent d'un grand volume, assez régulièrement circonscrites, d'un tissu blanc, élastique, rénitent, qui repousse les organes au lieu de se les assimiler, et qui ne laisse sortir par la pression aucun suc laiteux, mais bien une sérosité transparente. Elles diffèrent donc bien de ces cancers qui infiltrent les organes d'un tissu d'un blanc mat, peu élastique, qui s'écrase facilement, et qui par la pression laisse écouler un suc blanchâtre, faisant émulsion avec l'eau et tout à fait caractéristique.

Au microscope, les caractères histologiques sont tellement différents entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs cancéreuses, qu'à cet égard aucune contestation ne s'est élevée dans cette enceinte.

Ces tumeurs fibro-plastiques grossissent assez lentement et sans douleur; elles ont une durée illimitée, ne tendent guère vers l'ulcération et ne récidivent point comme le cancer. Combien donc elles diffèrent encore des tumeurs cancéreuses, qui infiltrent les organes plutôt que de les déplacer, qui ont le plus souvent un marche rapide et une durée fatalement limitée, qui tendent vers l'ulcération et récidivent si facilement!

Par toutes ces considérations, messieurs, j'ai cru pouvoir soutenir ici que les tumeurs fibro-plastiques devaient former dans les cadres nosologiques un genre à part, et j'ai puisé cette conviction dans des observations faites durant ces huit dernières années.

M. Forget, prenant la parole après M. Follin, donne lecture d'un discours écrit que nous transcrivons :

Messieurs, en prenant la parole dans cette discussion, je n'ai d'autre prétention que d'apporter à l'examen de la question soulevée par l'honorable M. Lebert les réflexions que m'a suggérées la lecture de son travail.

J'ai voulu, disait-il dans la dernière séance, donner lieu à ce débat; j'ai posé la question dans le but de la faire examiner par la Société de chirurgie. D'après cela, c'est une sorte de devoir pour nous de répondre, chacun dans la mesure de ses forces et de son savoir, à l'appel de notre collègue.

Peut-être me rencontrerai-je sur le terrain de la discussion avec M. Marjolin. Gardez-vous de croire, pour cela, que j'aie eu l'intention de recommencer l'excellent discours dont il vous a donné lecture il y a huit jours. Cette rencontre s'explique par une communauté de vues et d'opinions sur beaucoup de points du sujet en litige, opinions que j'avais d'ailleurs soutenues et développées longtemps avant que la discussion actuelle fût engagée, comme le prouve un article publié au mois de février 1852 dans l'Union médicale, et qui a pour titre : *Quelques recherches sur le diagnostic chirurgical des tumeurs.*

Cela dit, j'entre en matière, sollicitant toutefois votre indulgence pour les imperfections presque inévitables dans un travail improvisé au courant de la plume.

Dans le mémoire de M. Lebert, un premier fait m'a vivement frappé, c'est l'existence de plusieurs tissus fibro-plastiques, tissus qui, s'il faut en croire le microscope, seraient identiques au point de vue anatomique, quoique si essentiellement différents sous celui de la physiologie pathologique.

C'est, d'un côté, le tissu fibro-plastique, d'origine inflammatoire, tissu qui a son point de départ dans un acte éminemment conservateur, acte naturel, que l'on voit se reproduire avec une régularité et

une constance parfaites toutes les fois qu'un agent traumatique quelconque a lésé le solide vivant, qu'il lui ait fait subir une simple division ou qu'il lui ait fait éprouver une perte de substance plus ou moins étendue. C'est le tissu cicatriciel qui commence à l'effusion de la lymphe plastique en dehors des vaisseaux divisés, subit un travail lent, mais régulier, d'organisation cellulo-fibreuse, et finit par constituer, lorsqu'il a acquis un plus parfait développement, ce que Delpech appela le tissu inodulaire. C'est le même tissu que nous retrouvons partout où un travail phlegmasique a longtemps subsisté; ainsi, au pourtour des trajets fistuleux, des anciens foyers de sécrétion purulente, dans les parties molles qui avoisinent un corps étranger qui y a été accidentellement introduit.

C'est encore sous l'influence d'un excès de mouvement nutritif ou vital que le même tissu va constituer les augmentations partielles ou générales de volume des organes, c'est-à-dire les hypertrophies avec tous leurs degrés de forme, d'aspect, de coloration, de consistance et d'ancienneté. C'est aussi le tissu qui, dans un autre ordre de faits morbides, forme le plateau d'induration sous l'ulcère du chancre primitif, comme il constituera plus tard l'induration et l'augmentation de volume dans le testicule vénérien.

En regard de ce tissu, qui, cicatriciel, a un but de protection et de réparation pour nos organes; qui, hypertrophique, constitue un état pathologique presque toujours curable lorsqu'on le soumet à une sage médication, il existerait un troisième tissu fibro-plastique, dit autogène ou essentiel, tissu qui ne cède pas à l'action médicatrice, qui s'accroît incessamment, qui comprime, déplace les organes au sein desquels il se développe, enflamme, ulcère les téguments, déforme les os, les brise, les perfore, s'introduit des surfaces extérieures jusque dans les cavités splanchniques, y comprime les viscères que celles-ci renferment, et finit presque toujours par attenter à la vie de l'individu.

Tissu fibro plastique autogène qui, enlevé par l'instrument tranchant, se reproduit une fois, deux fois, trois fois et même plus; tissu vivace à ce point qn'il force le chirurgien, par sa persistance à reparaître, à emporter un membre entier; tissu enfin qui se généralise, se multiplie, et qui va constituer, dans quelques cas, une véritable diathèse.

A coup sûr, en présence des aptitudes, des tendances, des propriétés qui viennent d'être rappelées, on peut, sans faire injure à la clairvoyance du microscope, se demander s'il a bien vu, bien tout vu, dans l'analyse qu'il a faite de ces trois tissus.

On peut se demander s'il est bien vrai qu'il puisse se produire au

sein de l'économie des tissus si physiologiquement dissemblables avec des caractères d'organisation parfaitement identiques.

Il y a dans ce rapprochement nosographiquo, dans cette identité anatomique, quelque chose qui choque le sens droit du praticien, et qui, pour ma part, me semblo exiger un examen ultérieur et des lumières nouvelles.

Je crains qu'en se tenant trop aux formes extérieures, aux apparences, qui souvent sont trompeuses, je crains bien que l'on ne se soit montré trop micrographe et pas assez clinicien.

Micrographe, vous voulez retenir dans le même cadre deux tissus qui vous ont paru offrir la même configuration.

Clinicien, vous n'hésiterez pas à les séparer, à trouver dans leurs évolutions naturelles des dissemblances radicales, des oppositions formelles, et vous reconnaîtrez avec nous que le tissu autogène fibro-plastique se rapproche bien plus du cancer, dont nous le considérons comme une variété, que du tissu de cicatrice auquel vous l'assimilez.

Mais, nous dit-on, vous ne pouvez appeler cancer le tissu fibro-plastique, parce qu'il n'est pas susceptible de dégénérescence cancéreuse, et que l'on n'y trouve pas la cellule caractéristique du cancer. Pour nous, qui n'admettons pas l'unicité de forme du cancer, il n'est pas nécessaire que nous y trouvions cette fameuse cellule *sine quâ non*.

Au surplus, raisonnant dans votre hypothèse, nous vous demanderons si vous êtes bien certain que jamais cette cellule ne s'est développée dans le tissu fibro-plastique; si jamais vous n'y avez vu quelque chose qui lui ressemblât à tel point de vous faire douter.

Pour éclairer ce côté capital de la question, je pourrais bien aussi rappeler ce qui s'est passé entre deux habiles investigateurs, dont l'un a trouvé du tissu fibro-plastique, et rien que du tissu fibro-plastique, dans une tumeur où l'autre a trouvé du cancer. M. Lebert me répondrait sans doute, comme à M. Marjolin, qu'il y a, en micrographie comme en chirurgie, des praticiens à tous les degrés. Mais, de mon côté, je lui ferai observer que son antagoniste n'est pas un nouveau venu en micrographie, que c'est un observateur qui a fait ses preuves, et peut-être l'un des plus anciens parmi nous. Aussi je crois qu'il n'y a nullement contradiction entre MM. Mandl et Lebert. Je crois que tous deux ont bien vu ce qu'ils ont vu, et qu'il y avait du tissu cancéreux et du tissu fibro-plastique dans la tumeur dont il est question. C'est pourquoi, lorsque notre secrétaire demandait, dans la dernière séance, si le tissu fibro-plastique pouvait dégénérer en cancer, j'ai été fort surpris d'entendre M. Lebert résoudre la question en portant le défi de montrer qu'une telle dégénérescence fût possible, et je crois que vous partagerez mon étonnement si je parviens à établir, sur la

foi d'une autorité que les micrographes, à coup sûr, ne récuseront pas, la possibilité de cette transformation. Je dis que les micrographes ne récuseront pas l'autorité que je vais faire intervenir, car c'est à l'un des plus habiles d'entre eux que je donnerai la parole.

Dans la séance de la Société du 13 novembre 1850, une tumeur provenant de l'os maxillaire inférieur est soumise à l'examen microscopique par M Lebert, qui s'exprime de la manière suivante : « Au mi- » croscope, on reconnaît tous les éléments des tumeurs fibro-plastiques, » des éléments franchement fibreux dans quelques points; une certaine » quantité d'éléments cellulaires fibro-plastiques. Ce sont des cellules » rondes ou ovoïdes renfermant un noyau semblable à celui que con- » tiennent les corps fusiformes. Quelques-unes de ces cellules avaient » de la ressemblance avec celle du cancer, » et cette ressemblance est si frappante que notre collègue ajoute que, s'il avait vu ces cellules isolées sous le microscope, son jugement fût demeuré en suspens, et que s'il n'admet pas, en définitive, qu'elles soient de nature cancéreuse, c'est que, par la comparaison du petit nombre de ces cellules à la quantité considérable d'éléments de nature fibro-plastique non douteuse, il constate une prépondérance trop grande de ces derniers sur les premières.

Voilà un doute qui, de la part d'un observateur aussi exercé, n'est pas de nature, suivant moi, à rassurer beaucoup sur l'infaillibilité d'un jugement porté dans une semblable circonstance. Ce n'est plus, en effet, sur la clairvoyance du microscope, sur l'appréciation nette, évidente des traits caractéristiques du tissu fibro-plastique que se fonde ce jugement, mais bien sur un terme de comparaison qui lui-même a pour base un rapprochement de nombre, une évaluation de quantité, ce qui, au point de vue anatomique, ne prouve absolument rien. En vérité, plus je réfléchis à la conclusion à laquelle le microscope est arrivé dans ce cas particulier, plus j'ai de peine à retrouver, que M. Lebert me permette de le lui dire, cette rigueur d'induction et cette sévérité de logique qu'il revendiquait dans notre dernière séance pour ce qu'il appelait sa méthode exacte d'observation.

Sur quelles données, en effet, fondez-vous vos affirmations dans l'étude des produits morbides par le microscope ? — C'est sur la perception claire, certaine, non douteuse des caractères anatomiques ; c'est, en un mot, sur l'intuition matérielle du fait. Or ici ces caractères vous manquent ; cette constatation, vous ne l'obtenez pas ; bien plus, vous trouvez des caractères qui vous semblent appartenir à un autre tissu pathologique; et au lieu d'admettre l'existence, sinon certaine, du moins possible ou probable de celui-ci, vous préférez conclure de ce que vous voyez clairement exister ailleurs que la même chose est là

où vous ne la voyez pas. Cette manière de raisonner me semble inadmissible, et en jugeant ainsi de la partie par le tout, je crois que vous ouvrez une voie facile à l'erreur.

Il serait bien plus rationnel, ce me semble, d'admettre que cette diversité d'aspect dans le tissu qui forme la tumeur fibro-plastique, et dont on ne nous a pas d'ailleurs encore donné une explication anatomique satisfaisante, marque une nouvelle phase d'évolution, une dégénérescence sinon complète, au moins en voie de se compléter.

Je sais bien qu'il va m'être répondu, comme à M. Marjolin, que la dégénérescence n'a jamais lieu. — Eh bien! à mon tour, je demanderai que l'on veuille bien me dire ce qu'est ce tissu qui, non plus à l'œil nu, mais à l'œil armé du microscope, ressemble si peu au tissu fibro-plastique, qu'il manque d'être pris pour du cancer, tellement il lui ressemble,— *par M. Lebert lui-même.*

Mais j'ai hâte de sortir de cette discussion et d'apporter à l'appui de la dégénérescence que nous admettons et que l'on nous refuse un argument bien autrement concluant ; c'est le passage suivant que j'extrais de nos procès-verbaux :

« Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, dit-il (même séance de » 1850), elle doit être infiniment rare ; cependant j'en ai observé un » exemple dans lequel elle pourrait être rationnellement admise. » — C'est M. Lebert lui-même qui tient ce langage. — Puis, un peu plus loin, notre honorable collègue ajoute : « Si je n'admets pas la » dégénérescence comme un fait fréquent, je n'en ai pas moins observé » *quelques exemples* : preuve nouvelle qu'il ne faut jamais être exclusif » en pathologie. Un homme porte une tumeur volumineuse dans la » cuisse ; elle est bien délimitée, existant depuis plusieurs années. » Cette tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son intérieur un tissu ferme présentant les caractères du tissu fibro-plastique ; mais dans plusieurs endroits on voit des îlots d'un tissu plus » mou renfermant un suc trouble et contenant beaucoup de cellules » cancéreuses.

» Un homme de 64 ans porte depuis un grand nombre d'années une » tumeur indolente dans la région parotidienne gauche ; elle s'accroît » lentement et reste indolente ; la santé générale ne s'altère point ; » mais depuis quatre mois elle prend un accroissement considérable; » la peau devient violacée à sa surface ; le malade maigrit, et est en » proie à des douleurs si vives qu'il réclame l'opération. La tumeur est » enlevée par M. Roux. En l'examinant, on y trouve deux substances » nettement délimitées, dont l'une est fibreuse, dure ; tandis que l'autre est molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux abondant, présentant tous les caractères types de l'encéphaloïde. — Voilà deux cas

» dans lesquels, ajoute l'auteur, il est permis de penser à la dégéné-
» rescence. » (*Compte-rendu des séances de la Société de chirurgie*, t. I, p. 874)

Il résulte, messieurs, du passage que je viens de rappeler que, dans l'ardeur de l'improvisation, une erreur de fait a échappé à notre collègue ; que son opinion est conforme à la nôtre ; que son tissu fibro-plastique, aujourd'hui le tissu morbide qui fait l'objet de cette discussion, pourra être demain cancer ; que très vraisemblablement la forme fibro-plastique qu'il présente n'est qu'une manière d'être du cancer lui-même ; que, dans l'espèce, l'unicité de composition et de configuration n'existe pas ; que l'une et l'autre sont multiples, variables, changeantes, suivant une infinité d'influences qu'il serait trop long d'énumérer en ce moment.

Pourquoi, du reste, dirai-je après M. Lebert, *les tissus accidentels auraient-ils, sous le rapport de la dégénérescence, une prérogative sur les tissus normaux?*

A coup sûr, je pourrais terminer par cette citation ce qui se rapporte à ce point important du sujet en litige, sans craindre de voir de nouveau contestée l'aptitude du tissu fibro-plastique à dégénérer. Cependant il est un argument qui m'a paru vouloir se faire jour dans la réponse de M. Lebert au discours de M. Marjolin, et qu'il est peut-être à propos d'arrêter au passage.

Dans cet assemblage, dans cette apparition de la cellule cancéreuse et du tissu fibro-plastique dans une même tumeur, peut-être dira-t-on qu'il n'y a que coexistence de deux tissus distincts, association de deux produits, ayant chacun un mode d'organisation particulier, défini, arrêté dès l'origine de la tumeur, et non fusion, conversion de l'un en l'autre. Si cette objection m'était faite, je demanderais alors au micrographe sur quoi se fonde cette manière de voir, et par quel procédé il peut s'assurer si cette distinction est réelle, et si la production du tissu cancéreux n'a pas été secondaire.

En attendant une réponse à cette question, je persisterai à croire à la transformation, à la dégénérescence, qui me paraissent plus probables, d'après l'examen microscopique lui-même, qui, comme je l'ai déjà dit plus haut, s'est pris à douter en présence de certaines formes du tissu fibro-plastique, fort semblables à celles du cancer. Or ces formes suspectes ne sont-elles pas le degré intermédiaire entre celles qui les caractérisent l'un et l'autre lorsqu'ils ont acquis un développement complet ? Si la tumeur au sein de laquelle ces formes douteuses se sont rencontrées eût subsisté plus longtemps dans l'économie, elles se seraient dessinées plus nettement, plus clairement prononcées ;

enfin, la cellule cancéreuse y serait devenue évidente, comme cela a eu lieu sur le malade de M. Velpeau et sur celui de M. Roux.

Au surplus, qu'il y ait cancer par association, par dégénérescence ou par substitution, il y a cancer, voilà le fait, et cela suffit au clinicien pour expliquer et prévoir tous les phénomènes d'évolution et de terminaison finale de ce genre de tumeurs dites fibro-plastiques.

Comme le cancer, elles récidivent avec une telle ténacité, qu'il faut en venir à pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur plusieurs fois et toujours inutilement enlevée sur le membre inférieur (obs. citée par M. Lebert dans son travail lu à la Société de chirurgie); comme le cancer, elles se généralisent, se multiplient sur divers points de l'économie. Eh ! messieurs, qu'on n'aille pas croire que cette récidive diffère de celles de la tumeur manifestement cancéreuse; qu'elle soit moins active, moins dangereuse ; qu'enfin elle soit une exception ! A en juger par les faits qui se sont produits au sein de la Société de chirurgie depuis que l'étude du tissu fibro-plastique y a été mise à l'ordre du jour, vous verrez que cette récidive est la règle. Je pourrais bien pour le prouver faire intervenir des observations empruntées aux auteurs qui ont écrit sur le cancer ; je pourrais en citer qui me sont propres ; mais dans la crainte de m'entendre objecter que, l'examen micrographique n'ayant pas eu lieu, ces observations sont fautives, incomplètes, et qu'elles ne peuvent rien prouver, je n'en userai pas, du moins en ce moment. — Je ne sortirai pas des comptes-rendus de nos séances, où je trouve plusieurs observations de tumeurs fibro-plastiques, trois notamment, dans lesquelles M. Lebert lui-même a porté le diagnostic anatomique. Or, je vois que ces trois tumeurs se sont reproduites très promptement.

Ces faits sont : le dernier, de M. Larrey, qui a pris cependant toutes les précautions pour protéger la cicatrice de la première opération ; on sait qu'il a eu soin de l'abriter contre le contact des corps extérieurs, contre le froissement de tout agent traumatique au moyen d'une plaque qui la recouvrait entièrement. Vous avez vu cependant ce malade opéré pour la troisième fois ; qui oserait assurer que ce sera la dernière ?

Ce sont ensuite deux malades, dont l'un porte une tumeur dans la région thoracique, opéré pour la quatrième fois au mois de janvier 1852, l'ayant été pour la première fois en 1850, et qui, dans cet espace de temps, a offert quatre récidives.

Enfin, l'autre malade est celui dont j'ai déjà parlé et qui portait une tumeur de la mâchoire inférieure. M. Lebert, dans son mémoire, nous a dit ce qu'il était devenu.

Quant à la rapidité de la récidive, peut-elle être plus grande que

chez ce dernier malade, qui est opéré le 7 novembre, qui est presque guéri le 20 du même mois, et qui, le 5 décembre, rentre à l'hôpital pour subir une seconde opération? Aujourd'hui le mal a récidivé, il a été incessamment envahissant, et il paraît être en ce moment au-dessus des ressources de l'art.

Objectera-t-on à ces exemples de récidive, que le micrographe admet, qu'elle peut avoir lieu lorsque le tissu morbide n'a pas été enlevé en totalité? Je ne sais si, lors de la première opération, l'attention et l'habileté du chirurgien peuvent être suspectées dans les cas que je viens de rappeler; mais il est difficile d'admettre qu'à une seconde opération, et *à fortiori* à une troisième, toutes les précautions n'aient pas été prises pour ne laisser dans la plaie aucun tissu anormal. Admettons, au surplus, que cette raison, donnée pour expliquer la récidive de ce genre de tumeurs, soit juste dans quelque circonstance, il faudra bien qu'on m'accorde que le plus souvent elle est sans fondement, et que l'habileté du chirurgien est un sûr garant de la bonne exécution de l'opération. Eh bien, dans ce cas, si la récidive a lieu, c'est que la maladie n'est pas dans le tissu, dans le parasite dont vous avez débarrassé l'économie; celui-ci n'en est que la manifestation. Vous avez enlevé celle-ci jusque dans ses dernières racines; ce n'est plus elle alors qui va se reproduire par une sorte de végétation nouvelle dont les éléments organisés auraient été laissés dans la plaie; c'est un nouveau tissu qui va se former de toute pièce; la même cause morbide va produire le même résultat. Or c'est cette cause morbifère, ce principe originel, cette puissance épigénésique qui constitue toute la maladie, c'est là l'influence essentiellement vitale qui ne se trouve pas sur le champ du microscope avec les tissus que vous y déposez; influence qui procède de la constitution même du sujet, qui lui reste inhérente après comme avant l'opération, inconnue dans son essence aussi bien au clinicien qu'au micrographe, que ce dernier méconnaît lorsqu'il veut fonder l'étude de ces produits morbides sur l'appréciation matérielle de leurs caractères physiques, et que le premier considère avant tout et qu'il donne pour base à ses déterminations nosologiques.

On a invoqué un caractère différentiel : « Le tissu fibro-plastique, » a-t-on dit, est longtemps compatible avec un état de santé très sa- » tisfaisant, et c'est un des caractères qui le distinguent du cancer. » — Cette prérogative que l'on revendique en faveur du tissu fibro-plastique me semble tout aussi bien dévolue au tissu squirrheux, auquel il me paraît, au point de vue clinique, ressembler d'une manière frappante. Il n'est pas très rare, en effet, de voir le squirrhe de la mamelle persister pendant de longues années dans un état stationnaire, état que les observateurs ont fort judicieusement désigné sous le nom d'état

de crudité, la santé générale n'est pas incompatible, d'ailleurs, avec l'existence au sein de l'économie d'autres productions morbides spontanées tant que ces productions ne sont pas très multipliées, tant qu'elles sont peu développées, et surtout lorsqu'elles ne siégent pas dans l'épaisseur ou au voisinage des organes les plus importants. On vit et on ne se porte pas trop mal avec des tubercules dans le poumon, même dans le cerveau, tant que ceux-ci restent à ce qu'on appelle l'état latent, ce qui veut dire pas assez développés pour que leur existence se révèle par une lésion vitale ou un trouble fonctionnel quelconque.

Mais pour ne pas perdre de vue ce trait différentiel que l'on tire ainsi entre le tissu fibro-plastique et le cancer, je ne crois pas trop m'avancer en disant que bien souvent des tumeurs dont la nature cancéreuse ne put pas être mise en doute, dans la période extrême de leur développement, subsistèrent de longues années sans influencer la santé d'une manière fâcheuse.

Aussi, j'ai vu des femmes qui avaient toutes les apparences de la santé la meilleure, et chez lesquelles le toucher me faisait découvrir un énorme champignon carcinomateux, qui déjà remplissait une grande partie du cul-de-sac vaginal.

J'ai sous les yeux, en ce moment, une dame anglaise âgée de quarante ans, à laquelle je donne des soins depuis trois ans pour une tumeur mammaire qu'elle portait depuis l'âge de vingt-huit ans; cette tumeur s'est ulcérée depuis un an; elle présente tous les caractères cliniques du cancer. C'est le diagnostic que j'en ai porté; c'est celui que sir B. Brodie a porté de son côté lors de l'examen qu'il a fait de cette malade il y a trois ans. Cependant, malgré l'accroissement et l'ulcération de la tumeur, la santé de cette dame, qui est fraîche, grasse, n'a souffert aucun dérangement sérieux.

Il y a trois semaines, continue M. Forget, je voyais, rue de Milan, une dame dans le même cas. Lorsque je fus consulté, je déclarai l'incurabilité du cancer dont elle était atteinte. Cette dame avait soixante-trois ans; sa santé était encore excellente, ses chairs étaient fermes, son visage coloré; elle était pleine d'activité et d'énergie. En moins d'un an elle fut emportée par le plus affreux cancer que j'aie jamais observé. Elle avait un plastron de tubercules encéphaloïdes ulcérés, qui, en forme de ceinture, lui étreignait la base de la poitrine, et de ses deux seins n'en faisait plus qu'un. Cette maladie, dont la nature encéphaloïde était évidente pour l'œil le moins exercé, avait été stationnaire pendant plus de dix ans, et ne se généralisa pas.

En rappelant ces faits, auxquels sans doute chacun de mes collègues pourrait aisément en ajouter d'autres, j'ai voulu montrer combien

peu de valeur il fallait accorder au caractère d'innocuité que M. Lebert assigne au tissu fibro-plastique et qu'il donne comme un trait distinctif entre lui et le cancer. Cette innocuité, comme pour le squirrhe, comme pour les tubercules, et comme pour beaucoup d'autres productions morbides, ne sera que temporaire. Elle cessera lorsqu'un travail d'ulcération et de ramollissement s'emparera de ce tissu ; la fréquence des opérations qu'il nécessitera alors par les récidives successives, l'abondance de la suppuration, les hémorrhagies qu'il entretiendra, en supposant qu'on l'abandonne à lui-même, tous les phénomènes enfin qui vont se succéder et qui marquent une phase nouvelle de son existence, vont bientôt établir une analogie frappante entre lui et le cancer. Et ce sera, en dernière analyse, après avoir présenté les mêmes symptômes de dépérissement que les malades succomberont dans les deux cas.

Il me reste encore, messieurs, à faire une courte réponse à quelques points touchés par M. Lebert.

Ces points ont trait :

1° Au reproche qu'il a formulé contre des chirurgiens qui auraient mal observé, mal vu, et dont les travaux, jusqu'à ceux des micrographes modernes, n'apporteraient que des éléments fautifs à la discussion actuelle ;

2° A la valeur du microscope considéré comme moyen de diagnostic et de pronostic.

C'est le propre de tous les novateurs, de tous les chefs d'école, de systématiser les résultats de leurs recherches, et dans ce travail de systématisation souvent prématurée, de ne pas rendre aux travaux de leurs devanciers toute la justice qu'ils méritent, surtout quand ces travaux gênent les opinions que l'on veut faire accepter. M. Lebert n'a pas évité cet écueil. Vous l'avez entendu passer condamnation sur les observations, sur les faits qui ont servi jusqu'à ce jour de base aux idées régnantes du cancer.

C'est par impression, par sentiment, dit-il, que ces opinions se sont établies et qu'elles se sont transmises jusqu'à nous.

Si cela est vrai, il faut convenir que les grands esprits qui ont fondé la science du diagnostic et qui l'ont portée à ce haut point de sagacité où nous la voyons parfois donner de si merveilleux résultats n'ont pas été trop mal inspirés.

Mais cela n'est pas, et pour le prouver, je rappellerai que M. Lebert lui-même fait intervenir, pour asseoir ses doctrines, des faits qu'il emprunte à Ast. Cooper et à d'autres observateurs ; ce qu'il ne ferait pas sans doute si les sources que le microscope n'a pas contrôlées étaient aussi suspectes qu'il le dit. Puisque vous vous inspirez de ce

passé, que vous déclarez être si pauvre, si malhabile dans l'art d'observer, quand vous y trouvez des faits qui semblent gouverner vers votre manière de voir, accordez-nous le même droit.

Laissez-nous croire que toute l'ancienne Académie de chirurgie, que les Desault, les Boyer, les Dupuytren, les Sanson, les Lisfranc, et tant de maîtres illustres de notre époque n'ont pas été le jouet de fausses impressions lorsqu'ils ont formulé leur enseignement clinique sur le cancer, qu'ils en ont tracé l'histoire générale, les variétés, les évolutions et transformations successives, enfin la terminaison.

Ils avaient bien observé surtout lorsqu'ils reconnaissaient que l'unicité de forme et de composition n'existe pas dans le cancer, lorsqu'ils en décrivaient plusieurs espèces douteuses, dont les principales sont le cancer encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde, le fungus hématode et le cancer mélané, fondant chacune de ces variétés sur la prédominance de l'un ou de l'autre des éléments entrant dans leur composition, et admettant pour chacune un degré particulier de malignité.

N'avaient-ils pas à l'avance deviné, pressenti, si je puis ainsi parler, le tissu fibro-plastique, en admettant un cancer local par opposition à celui dans lequel la diathèse cancéreuse est manifeste dès l'origine de la maladie?

N'avaient-ils pas indiqué cette persistance à récidiver sur place, et n'avaient-ils pas dit que ces récidives ne devaient pas enchaîner la main du chirurgien?

Dans ma thèse inaugurale, je soutenais cette opinion devant notre savant collègue M. Roux, que j'avais l'honneur d'avoir pour président.

Un cancer récidivé, disais-je, peut être enlevé avec succès.

Je me fondais sur la possibilité de voir le principe morbide s'épuiser, s'user, pour ainsi dire, sur place.

Des faits observés à l'hôpital de la Pitié, dans le service d'un chirurgien qui a laissé dans l'enseignement clinique de glorieux et utiles souvenirs, m'avaient porté à accepter et à soutenir cette doctrine, qui est aussi celle de M. Lebert.

N'avait-on pas, avant l'intervention du microscope, fait la remarque que, constant dans certaines formes de cancer, l'engorgement des ganglions lymphatiques n'existait pas dans un assez bon nombre de cas, et que ces cas répondaient à la variété de cancers dits enkystés? N'est-ce pas sur l'inspection de ces ganglions et sur leur degré de développement que bien des praticiens ont coutume de mesurer les chances de récidive ou de guérison après l'opération?

N'avait-on pas vu aussi que les parties avoisinant le cancer ne par-

ticipent pas toujours de la nature de celui-ci? qu'une thérapeutique rationnellement instituée peut ramener ces tissus à des conditions normales, et resserrer ainsi la limite de l'acte opératoire?

Quant à la nécessité d'emporter largement les tissus au sein desquels se sont développées ces tumeurs qui constituent fréquemment l'ostéosarcome, l'enseignement clinique l'avait depuis longtemps reconnue; le précepte s'en trouve très formellement exprimé dans ma thèse inaugurale consacrée aux tumeurs des os maxillaires.

Que reste-t-il donc au micrographe qui puisse justifier le reproche qu'il a adressé aux chirurgiens? Je ne vois rien, absolument rien dans le champ de la clinique qui n'ait été vu avant lui; car à coup sûr il ne saurait revendiquer pour lui le précepte qu'il donne d'appliquer l'autoplastie aux plaies produites par l'ablation des tumeurs fibro-plastiques. Martinet, de la Creuse, comme on sait, en a été l'inventeur, presque tous les chirurgiens y ont eu recours, et à considérer les résultats consignés dans la thèse de Blandin sur ce sujet, on ne voit pas que cette pratique ait bien heureusement modifié la marche et le retour du cancer dans les cas où elle fut appliquée.

De cette rapide énumération des faits acquis par les procédés ordinaires d'observation clinique, je conclus que celle-ci ne mérite pas le reproche qu'on lui a fait, et que si on compare les résultats auxquels elle est arrivée avec ceux que jusqu'à ce jour le microscope a obtenus, la comparaison est tout entière à son avantage.

Prétendrait-on qu'en matière de diagnostic et de pronostic celui-ci fasse au lit du malade plus et mieux que le clinicien? Faut-il voir sur ce terrain un progrès dans l'exploration des tumeurs au moyen de l'aiguille cannelée de M. Kuss (de Strasbourg), qui ramène avec elle des parcelles du tissu morbide, que l'on soumet à l'analyse microscopique avant de fixer l'opportunité de tel ou tel traitement? Mais dans la dernière séance, M. Lebert lui-même a condamné ce moyen d'examen, il l'a déclaré dangereux, et il a reconnu qu'il avait été suivi d'accidents inflammatoires.

Il eût pu ajouter que cette analyse n'eût rien prouvé, maintenant qu'il est certain que la cellule cancéreuse et le tissu fibro-plastique ne s'excluent pas l'un l'autre. L'absence de la première dans les parcelles du tissu morbide soumises à l'examen ne voudrait pas du tout dire qu'il ne s'en trouvât pas dans d'autres points de la tumeur.

Pour lever la difficulté, M. Lebert conseille de tailler une tranche et d'emporter une portion du tissu pathologique afin qu'on puisse l'examiner : c'est-à-dire qu'il donne le conseil de faire une demi, un tiers ou un quart d'opération, que j'appellerai *opération pour voir*. J'avoue, messieurs, qu'à une semblable proposition, tout ce que je possède de

sens chirurgical s'est révolté. D'abord parce que je ne comprends pas l'innocuité d'une semblable opération, alors que vous-même déclarez être dangereuse la simple ponction. Ensuite parce que, n'ayant qu'une partie de la tumeur, vous ne pouvez pas plus affirmer sa nature que vous ne le pouviez avec les débris que vous avait donnés l'aiguille du chirurgien de Strasbourg, il restera toujours un inconnu dans le tissu que vous n'aurez pas pu examiner; car, d'après vous-même, il faut, couche par couche, analyser toute la tumeur pour être bien sûr qu'elle ne renferme pas d'éléments cancéreux.

Mais enfin si, avec ces procédés d'examen qui, s'ils étaient acceptés, auraient toujours l'inconvénient grave d'abaisser le niveau des études cliniques; si, dis-je, vous portiez la lumière dans les obscurités du pronostic, peut-être se résignerait-on à y recourir. Mais il n'en est rien; ces obscurités restent pour vous ce qu'elles sont pour le praticien. Comme lui, pour juger définitivement de la nature du tissu, vous invoquez pour critérium la récidive.

Ainsi, *cancer évident*, *tissu encéphaloïde;* vous répondez à la famille qui vous interroge : récidive fatale.

Tissu avec des caractères moins évidents; vous doutez, vos présomptions sont fortes, mais ce ne sont que des présomptions.

Tissu fibro-plastique, *cancer local;* vous dites : La récidive est possible.

Cette récidive aura-t-elle lieu sur d'autres points que dans la plaie? Cela n'est pas probable, direz-vous; mais cela, à la rigueur, est possible, puisque cela s'est vu.

On devient plus pressant, et l'on vous demande si la récidive pourrait occasionner des désordres tels que le mal récidivé se plaçât au-dessus des ressources de l'art, ou exigeât les plus graves opérations de la chirurgie? Oui, répondez-vous, cela est possible.

Or, je le demande, clinicien avec ou sans le microscope, n'est-ce pas le même langage qui est tenu de part et d'autre?

Si cela est ainsi, à quoi bon le diagnostic que vous vous proposez, diagnostic par excision partielle des tissus morbides, exposant, sans aucun profit pour le malade, à accélérer le développement de la maladie dont il est atteint, provoquant à coup sûr l'ulcération des tissus morbides qui, une fois qu'elle a commencé, marche avec une grande célérité, et suscite, soit par résorption, soit par infection, des accidents généraux qui peuvent devenir promptement mortels?

Je crois donc, quant à moi, et c'est par cette conclusion que je termine, qu'il faut rejeter de la pratique de semblables procédés d'exploration, d'abord parce qu'ils ne prouvent rien, parce qu'ensuite ils sont dangereux; il faut les rejeter, parce que, en prétendant qu'en dehors

des recherches microscopiques il n'y a point pour les tumeurs qui nous occupent de diagnostic certain, c'est, ainsi que je le disais dans le travail que j'ai rappelé en commençant, contester les vérités pathologiques acquises par l'observation de nos devanciers, et parce que c'est gratuitement enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, celle de pouvoir saisir la réalité pathologique au moyen de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude développe, que l'expérience perfectionne et qui n'est autre que ce qu'on appelle le *tact médical*.

M. Marjolin répond à M. Follin :

Dans les arguments présentés par notre honorable collègue M. Follin, il en est qui ont déjà été l'objet d'une discussion, et auxquels je ne répondrai que brièvement; quant aux autres, qui sont tout à fait neufs et qui ont une conséquence pratique importante, nous verrons jusqu'à quel point ils établissent de nouveaux caractères différentiels entre le tissu fibro-plastique et le cancer proprement dit.

Pour ce qui est de l'utilité du microscope dans l'étude de l'anatomie pathologique, jamais je ne l'ai contestée; loin de là, un des premiers, au sein de cette Société, j'ai insisté sur la nécessité de se servir de cet instrument, et cela est si vrai, que, dans la séance du 15 mars 1846, un de nos collègues, M. Maisonneuve, ayant mis en doute la valeur des analyses microscopiques, je lui répondis qu'il suffirait, pour modifier ses opinions, d'examiner du tissu cancéreux au microscope, d'en faire le dessin et de comparer ensuite avec les figures contenues dans les traités de micrographie, précaution que j'ai prise plusieurs fois avec M. Follin lorsque j'étais chargé du service de l'hôpital Saint-Antoine.

Mais de ce que j'accepte le secours du microscope, ce n'est pas une raison pour en tirer des conséquences forcées. Je reconnais des formes que personne ne peut nier, mais j'ai encore plus de confiance dans les symptômes ou les signes que nous fournit la clinique; et lorsque je vois qu'entre deux maladies il n'y a d'autre différence que la forme intégrante des molécules, je crois pouvoir dire que ces deux affections sont analogues, ce qui ne veut nullement dire exactement semblables.

Notre honorable collègue est revenu sur un point de mon argumentation, qui semblerait faire croire que lui aussi s'est mépris sur le sens de mes paroles. Il a parlé de la dissidence que j'avais cherché à établir entre deux observateurs également habiles; il n'en est rien. J'ai dit, au contraire, que, dans un fait matériel aussi facile à reconnaître avec un peu de soin et d'habitude, il ne pouvait pas y avoir de dissidence; j'ai éloigné autant que possible cette idée, car, à mon sens,

c'eût été un argument indigne de la Société, et ce n'est pas par de semblables surprises qu'on arrive à la vérité.

Pour les mêmes raisons, j'ai évité de signaler que bien souvent des analyses de tumeurs communiquées à la Société n'avaient été faites que sur des parties très minimes prises sur les pièces pathologiques. J'ai procédé autrement; j'ai dit: Il est d'autant plus nécessaire, pour arriver à la connaissance exacte de la nature d'une tumeur, de l'examiner en entier, que souvent des molécules peuvent être disséminées dans des proportions très-différentes, de telle sorte que dans une moitié de tumeur on peut avoir tout simplement un tissu normal hypertrophié, tandis que l'autre moitié renferme l'élément cancéreux; et de là je suis arrivé tout naturellement à cette conclusion, que les ponctions exploratrices aidées du microscope ne pouvaient pas être d'une bien grande utilité pour établir le diagnostic *à priori*.

Notre honorable collègue a cherché ensuite à établir des différences entre les deux tissus en s'appuyant sur le mode de récidive. Quels sont ces modes? Pour lui, il en est trois. Dans le premier, la récidive n'a lieu que parce que l'opération est incomplète; on n'a pas enlevé toute la portion malade. Dans le second cas, la récidive dans les ganglions se fait par suite des lois d'absorption. Enfin, le troisième mode comprend la récidive à distance, qui serait fort rare dans l'affection fibro-plastique.

Examinons successivement ces trois modes de récidive du tissu fibro-plastique, et voyons si dans le cancer la maladie procède différemment.

Comme tout le monde, j'admets que, du moment que vous ferez une opération en laissant encore du tissu morbide, vous devez naturellement avoir une récidive sur place. Mais comment arriver à la certitude qu'on a tout enlevé? Quand on compte le nombre de récidives consignées dans la thèse inaugurale de M. Mayor (*Recherches sur les tumeurs épidermiques et leurs relations avec l'affection cancéreuse*. Paris, 1846) après des opérations faites par des chirurgiens très habiles, on est en droit de demander: donnez-nous des signes certains faciles à reconnaître. Notez que ces récidives ont eu lieu après des opérations de cancroïde de la lèvre, dans une partie facile à examiner. Notre collègue nous a dit: Il ne faut pas vous étonner si souvent on a coupé dans des tissus malades croyant trancher dans des tissus sains; car un des caractères particuliers au cancroïde, c'est de procéder par des radicules tellement ténues qu'elles échappent au toucher du praticien le plus habile. Comment faire alors pour sortir du doute? Recourir au microscope, et alors quelle sera la limite d'une opération qui semblait si simple? Il est possible, en effet, que déjà le principe morbide soit en voie d'absorption, qu'il ait pénétré non-seulement dans

les lymphatiques, mais même dans les ganglions; il est possible que l'hypertrophie, que vous croyez symptomatique d'une ulcération de la lèvre, soit déjà le commencement du second mode de récidive si bien décrit par M. Follin : dès lors il y a infection. Il faut donc se hâter pour prévenir cette infection qui sera fatale, et cette précipitation qu'on apportera à débarrasser un malade d'une tumeur d'un organe important ne pourra-t-elle pas aussi avoir des inconvénients?

Ce qu'il faut du reste constater en passant, c'est que, eût-on eu affaire à un cancer bien reconnu, l'affection n'eût pas présenté d'autre manière d'être dans ses deux modes de récidiver : dans une opération incomplète, nous aurions eu la récidive sur place; dans une opération tardive, la récidive par absorption, la récidive ganglionaire. Où sera donc la différence? Dans la récidive à distance, récidive qui, d'après nos honorables adversaires, est fort rare dans l'affection fibro-plastique.

Lorsqu'on veut établir un caractère différentiel entre deux affections qui ont une grande analogie, il faut que ce caractère soit fondamental, qu'il n'ait pas d'exception; car, du moment que vous dites que cette récidive est fort rare pour le tissu fibro-plastique, vous reconnaissez vous-même que ce n'est plus seulement sur place ou par absorption qu'il reparaît, mais qu'il peut se manifester dans toute l'économie, dans les points du corps les plus opposés. Dès lors vous ne pouvez plus dire que la récidive sur place est l'habitude, ainsi que la curabilité. Vos recherches sont des plus importantes, c'est vrai, mais pour la science elles ne datent que d'hier; attendez, et nous verrons avec le temps jusqu'à quel point la récidive à distance est rare. Il fallait, pour établir un véritable caractère distinct entre ces deux affections, pouvoir dire : Jusqu'à ce jour, jamais nous n'avons trouvé, comme dans le cancer, aucune récidive à distance. Mais il n'en est pas ainsi; et, puisqu'il faut citer des faits, j'en emprunterai un que M. Lebert ne repoussera certes pas, attendu qu'il est compris dans les cinq cas de récidive à distance qu'il a cités; il appartient à M. Woillez, qui l'a publié, dans le numéro d'août 1852 des *Archives*, sous le titre d'*Observation de fibro-plastie généralisée simulant un cancer du poumon.* Voici l'extrait de l'observation :

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui, quatre ans auparavant, s'aperçut qu'il portait à la partie postérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un haricot, adhérente à la peau; au bout de dix-huit mois, elle avait acquis le volume des deux poings; elle gênait et par son volume et par les douleurs lancinantes qu'elle causait. M. Malgaigne l'enleva en avril 1848, et la cicatrisation se fit régulièrement; mais dans l'année qui suivit, deux nouvelles récidives

nécessitèrent de la part de Blandin et de M. Velpeau deux nouvelles opérations. Puis, en novembre 1850, le malade rentra dans le service de M. Roux; cette fois la réapparition et l'accroissement de la tumeur, trois fois extirpée, furent encore plus prompts.

Il fallut recourir à l'amputation de la cuisse; la tumeur, qui était volumineuse, était le siége de douleurs lancinantes, vives, presque continuelles; elle formait une masse dure, sans fluctuation, dans laquelle, à l'aide du microscope, M. Broca constata encore les élémen's fibro-plastiques.

Le malade sort guéri de l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre; il reprend ses occupations et pendant six mois jouit de toutes les apparences d'une santé parfaite; il éprouve de la dyspnée, des douleurs de haut en bas de la poitrine et au niveau de l'aisselle gauche; les douleurs augmentant, il rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, à la fin de juillet, six mois après sa sortie. On constate alors une matité complète dans tout le côté gauche de la poitrine et absence dans ce côté de bruit respiratoire; le cœur est fortement refoulé à droite. En peu de temps, l'état du malade empire, les forces diminuent; la dyspnée devient si grande qu'elle nécessite, le 14 août, la thoracentèse; il s'écoula un litre et demi d'un liquide citrin non floconneux. Le 22, le malade était mort.

A l'autopsie que trouve-t-on derrière le sternum et les cartilages costaux gauches? Une vaste tumeur ayant 20 centimètres de hauteur sur 11 de largeur.

Dans le poumon droit, il existe trois tumeurs du volume d'un petit marron. Dans le moignon, on trouve à sa partie postérieure externe une tumeur dépassant le volume du poing et dans laquelle le nerf sciatique, double de son volume ordinaire, se termine en filaments très ténus. Aucun des ganglions de l'aine gauche n'était augmenté de volume. Notre collègue M. Verneuil a examiné toutes ces tumeurs au microscope : qu'a-t-il trouvé? Les éléments du tissu fibro-plastique à ses diverses périodes.

Avons-nous besoin d'ajouter quelque commentaire à cette observation, rédigée avec tout le soin et toute l'exactitude d'un observateur aussi éclairé que M. Woillez? Aucun. Vous avez là une preuve éclatante que non-seulement dans les tumeurs fibro-plastiques la curabilité n'est pas la règle, mais que la récidive est prompte et qu'elle peut avoir lieu tout aussi bien à distance que sur place, et nul doute que, si je vous avais communiqué l'observation sans vous faire part de l'examen microscopique, vous n'eussiez tous dit : Mais cet homme avait un cancer.

A côté de cette infection fibro-plastique, je placerai en regard un fait

de cancer qui a récidivé nombre de fois et qui a laissé pendant plusieurs années la malade jouir de toutes les apparences de la santé. Pendant l'absence de notre collègue M. Lenoir, j'ai eu occasion de voir une malade qu'il avait opérée treize fois d'une tumeur qui avait débuté sous l'aisselle à l'âge de trente ans; à la suite de plusieurs opérations faites par notre honorable collègue, la maladie a laissé un intervalle de cinq ans pendant lequel la malade, jouissant en apparence d'une parfaite santé, est devenue enceinte; puis l'affection a reparu sans pouvoir être cette fois enrayée par de nouvelles opérations; elle a envahi toute la poitrine; au dire de M. Lenoir, les tumeurs avaient les caractères du tissu encéphaloïde, et cependant la malade a vécu six ans.

Il me serait facile de vous citer encore d'autres faits tout à fait en opposition avec ce qu'avanceut les partisans trop absolus des nouvelles doctrines; mais je craindrais d'abuser des moments de la Société. Contentons-nous pour l'instant d'examiner avec soin les nouveaux faits qui se présenteront à notre observation, profitons du secours que les progrès de la science mettent à notre disposition, mais ne nous hâtons pas de formuler des règles trop absolues que les faits de chaque jour viennent renverser.

M. Lebert réplique à M. Forget: Je répondrai immédiatement au discours écrit de mon honorable collègue. Le temps ne me permettra peut-être pas de réfuter tous ses arguments, ce qui serait d'ailleurs inutile, vu que ma réplique à M. Marjolin en traite déjà un bon nombre.

M. Forget est étonné que, « s'il faut en croire le microscope, » comme il s'exprime, un même tissu puisse se montrer dans des conditions si différentes. Nous ferons d'abord observer à M. Forget que, lorsque l'on veut s'ériger en juge sur la valeur d'un instrument, il faut commencer par le connaître. Il est réellement regrettable que M. Forget ne connaisse pas les premiers éléments de la micrographie, et ce n'est à coup sûr point d'une telle façon que l'on peut faire fructueusement progresser la science. L'identité du tissu fibro-plastique dans diverses circonstances est un fait reconnu par tous ceux qui se sont occupés de la matière. J'ai déjà dit que ce fait était tout naturel, puisqu'il s'agissait tout simplement de tissu connectif ou cellulaire de nouvelle formation. Par conséquent, le fait n'est pas infirmé par l'étonnement de M. Forget. Cette diversité de valeur physiologique avec identité de structure est du reste un fait commun en anatomie. Le cartilage, par exemple, tout en ayant toujours une structure analogue, se montre à l'état normal sous des formes diverses, cartilage d'encroûtement, cartilage costo-sternal, fibro-cartilage; sous le rapport morbide,

nous le voyons succéder par masses considérables à l'inflammation dans certaines arthrites. Nous le voyons paraître, enfin, sous des formes très variées encore dans les tumeurs autogènes connues sous le nom d'enchondromes. Le reproche que me fait M. Forget d'avoir trouvé un même tissu dans des conditions pathologiques différentes est non-seulement mal fondé, mais le fait en lui-même constitue peut-être un des principaux mérites de mon mémoire, puisqu'il démontre que d'un bout à l'autre la tendance clinique y prédomine, et que, là où l'anatomie ne démontre pas de différences tranchées, l'observation au lit du malade en démontre d'incontestables.

M. Forget dit que la tumeur fibro-plastique finit presque toujours par attenter aux jours du malade. Tout mon mémoire prouve l'inexactitude de cette assertion, et j'en cherche vainement la preuve dans le discours de M. Forget.

Il m'adresse ensuite la question naïve si pour moi la cellule cancéreuse avait une grande importance dans la détermination des tumeurs? J'ai écrit un gros livre sur les maladies cancéreuses : que M. Forget y recoure et qu'il s'instruise. Je l'engage également à lire le remarquable travail de M. Broca sur le cancer, couronné par l'Académie de médecine. Malheureusement M. Forget ne connaît pas plus la littérature moderne sur toutes ces questions, qu'il n'est au courant des investigations microscopiques.

La seule étude faite dans un but de trouver des contradictions que M. Forget ait entreprise pour être au fait de cette partie de la science est celle des Bulletins de la Société de chirurgie. Il croit prétendre qu'il m'a mis en contradiction avec moi-même. Nous allons voir ce qui en est. Vers la fin de 1850, M. Chassaignac opère une tumeur fibro-plastique de la mâchoire inférieure; je l'examine, et j'en rends compte à la Société, en disant, comme l'ensemble de ce procès-verbal le prouve, qu'il s'agissait essentiellement d'un tissu fibro-plastique, dans lequel il y avait par-ci par-là quelques noyaux qui, si on les avait vus isolément, auraient pu laisser du doute dans l'esprit de l'observateur. Si M. Forget était un tant soit peu au courant de la micrographie pathologique, il saurait que tous les hommes compétents sont d'accord sur le fait que, malgré l'aspect spécial des cellules, on peut quelquefois être embarrassé sur la nature spécifique d'une cellule isolée, altérée, ou incomplétement développée, ou boursouflée par du liquide, ou infiltrée de granulations graisseuses, etc. C'est, en général, le tableau d'une préparation microscopique et l'étude de préparations suffisamment multipliées qui nous permet de fixer notre jugement, et c'est là un fait tout naturel, puisque, lorsqu'il s'agit de différences entre les corps qui oscillent entre 1/400 et 1/50 de millimètre, on ne peut évi-

demment pas trouver des caractères différentiels tranchés comme entre une graminée et un chêne. Il faut pour cela la délicatesse d'observation du physicien, que ne comprennent pas naturellement les personnes complétement étrangères à ce genre d'études. Je suis fier d'avoir mis de la réserve dans mon jugement chaque fois que le moindre doute a traversé mes investigations. Je ne serais pas l'adepte de la vérité sans cela, et quant à l'infaillibilité, il n'y a que les ignorants qui prétendent l'avoir.

M. Forget reprend l'argument réfuté de la transformation des tissus, et, semblable à un avocat, il s'imagine que c'est encore son unique livre, celui de nos procès-verbaux, qui va démontrer péremptoirement que j'ai été en flagrante contradiction avec moi-même. Vous allez en juger, messieurs. J'ai cité dans une de nos séances quelques exemples de tumeurs mixtes dans lesquelles le cancer coexistait avec d'autres tissus. Ce fait prouve qu'une tumeur n'a pas une complète immunité contre le dépôt cancéreux qui peut se faire, du reste, dans tous les points de l'économie. Mais dire, par exemple, lorsqu'on rencontre dans une même tumeur du cartilage et du cancer, que le cancer est un cartilage transformé, dire en un mot que lorsque deux tissus fondamentalement différents coexistent dans une même tumeur, l'une est la transformation de l'autre; c'est là une hypothèse aussi vaine qu'hypothèse peut l'être. Pour faire revivre un pareil cadavre, il ne suffit point d'écrire un discours dans son cabinet, mais il faut mettre la main à l'œuvre, muni du scalpel et du microscope, faire, en un mot, la démonstration en anatomiste. Lorsque M. Forget aura suivi cette marche, nous discuterons de nouveau cette question avec lui.

Il s'est glissé une fâcheuse inexactitude dans une des objections de M. Forget. Il dit que dans les faits de généralisation fibro-plastique de MM. Roux et Velpeau, la cellule cancéreuse s'est trouvée dans les tumeurs infectantes et s'est développée ultérieurement, après que son absence avait été constatée dans les tumeurs primitives. Nous mettrons M. Forget en demeure de prouver ce qu'il a avancé; et en attendant qu'il fournisse ses preuves, nous déclarons que ce fait est de son invention.

M. Forget dit que la récidive est à peu près constante dans les tumeurs fibro-plastiques, qu'elle constitue la règle. Mais sur quoi se fonde-t-il? Il résulte de mes recherches qu'elle a à peu près lieu dans un cinquième des cas. Je citerai de ma propre pratique plusieurs faits de guérison durable, celui entre autres d'une grande tumeur fibro-plastique que j'ai enlevée à une femme à la partie inférieure de la jambe en 1830; celui d'une femme à laquelle j'ai enlevé une tumeur fibro-plastique au col utérin en 1841, L'une et l'autre étaient complé-

tement guéries lorsque j'ai quitté la Suisse en 1846. Tous mes collègues pourraient citer des cas pareils. Dans les faits empruntés aux auteurs, un certain nombre de guérisons complètes ont été même obtenues après des opérations multipliées. Par conséquent, pour que j'admette, avec M. Forget, que la récidive est la règle dans ces cas, il faut, de deux choses l'une, ou qu'il oppose une statistique contradictoire à la mienne, ou qu'il me démontre qu'il y a identité entre un cinquième et la totalité. Ah! s'il m'apportait cette preuve-là, je me déclarerais vaincu sur ce point. On a de nouveau parlé d'un cas encore récemment présenté à la Société par M. Larrey. Eh bien! si vous voyez cet homme qui depuis son enfance portait une tumeur à la fesse qui a plusieurs fois récidivé sur place et dans la cicatrice, tout en laissant la santé générale superbe et les ganglions intacts, si vous y voyez, dis-je, une identité avec la marche du cancer, j'avoue franchement que je me permettrai de ne pas être de cet avis.

Vous m'objectez que dans les opérations répétées de M. Chassaignac sur un maxillaire inférieur atteint d'une tumeur fibro-plastique, la récidive a eu lieu malgré l'habileté du chirurgien. Mais vous devez vous rappeler que les opérations étaient incomplètes; que chaque fois j'ai retrouvé le tissu morbide sur l'extrémité des parties enlevées. Il aurait fallu peut-être aller jusqu'à la désarticulation de la mâchoire, devant laquelle, à coup sûr, M. Chassaignac n'aurait point reculé si le malade n'avait point quitté trop tôt l'hôpital. Votre objection prouve justement à quel point il est utile que l'anatomie pathologique vienne en aide à l'opérateur, et que pour bien opérer il ne suffit pas d'être habile opérateur, mais qu'il est nécessaire, avant tout, d'être un pathologiste consommé.

Vous trouvez, monsieur Forget, qu'au delà de nos démonstrations anatomiques il y a une espèce de puissance épigénésique, un principe vital qui rend bien mieux compte de la nature de la maladie que toutes nos recherches matérielles. Je vois que vous êtes partisan de cette école de haute généralisation, de cette prétention philosophique qui s'élève dans les nuages et qui plane au-dessus de nos mesquines recherches matérielles; c'est beau, c'est très beau même; mais j'ai le malheur de ne pas croire à cette école; et si je compare ce que cette tendance a promis avec ce qu'elle a tenu, je ne trouve que pauvreté, que nullité, que boursouflure, et je préfère mille fois chercher la vérité en étudiant humblement la phénoménologie, en comparant ensuite les faits, pour n'arriver à la généralisation qu'appuyé sur la large base de la réalité. C'est cette généralisation que j'honore, et qui constitue pour moi la véritable philosophie expérimentale.

Vous prétendez, dans un autre endroit de votre discours écrit, que

le tissu squirrheux et le tissu fibro-plastique sont identiques. Permettez-moi d'ajouter : « sauf les différences. » Parmi les nombreux caractères, je ne vous en citerai qu'un seul. Si vous examinez une coupe fraîche d'une tumeur squirrheuse, la plus simple pression en fera sortir un pus trouble et lactescent, tandis que vous n'en trouverez point dans le tissu fibro-plastique. Cette différence est si facile à vérifier, qu'un infirmier pourrait la constater. Quant aux autres différences très nombreuses, lisez ce qui a été écrit là-dessus, et votre doute disparaîtra. Je vois que vous admettez encore, monsieur, un cancer qui, avant de devenir plus mou, existerait d'abord à l'état cru. Permettez-moi de vous dire que ce n'est là qu'une simple croyance. Voyez combien de femmes arrivent promptement à la fin de leur triste et douloureuse maladie avec des squirrhes durs et peu volumineux de la mamelle. Comparez ensuite les très petites tumeurs naissantes de l'infection cancéreuse, et même chez celles qui ne dépassent pas encore le volume d'une tête d'épingle vous trouverez déjà, dans les diverses autopsies, tantôt les caractères du squirrhe, tantôt ceux de l'encéphaloïde. Ce sont là des variétés d'emblée, et nullement des phases obligatoires du développement.

Vous vous élevez contre le reproche que je fais aux chirurgiens de ne pas avoir appuyé leurs doctrines sur un nombre suffisant de faits bien observés, et vous vous permettez de dire qu'une systématisation prématurée m'a rendu injuste envers les auteurs en grand renom et envers mes maîtres. Ici, je dois encore regretter votre ignorance trop absolue de mes œuvres. Si vous les aviez lues, vous sauriez que je m'appuie sur les faits des autres chaque fois que j'en trouve ; mais je ne saurais, d'un autre côté, m'appuyer sur des faits qui n'existent point.

Je l'ai déjà dit dans cette enceinte, ne trouvant le plus souvent sur les tumeurs que des doctrines générales d'un côté, et une grande pénurie d'observations bien faites d'un autre côté, j'ai dû me mettre à l'œuvre et recueillir pendant un grand nombre d'années des faits qui m'ont servi plus tard pour établir mes doctrines. Et vous croyez pouvoir anéantir le résultat de bien des années de labeur avec quelques arguties de raisonnement? Chaque fois que les faits m'ont conduit à une autre opinion que celle de mes maîtres, je crois ne pas avoir manqué de pitié envers eux en énonçant un résultat différent de leurs opinions. La vérité seule sera toujours, sous ce rapport, l'étoile polaire qui me guidera, et je ne cesserai d'avoir pour devise : « *Plato amicus,* » *sed major amica veritas.* » Ceci bien établi, je vous dirai que vous trouverez dans mon *Traité des maladies cancéreuses*, entre autres, à l'occasion des tumeurs cérébrales, une analyse de chacun des faits que

renferme le célèbre mémoire de Louis sur le fongus de la dure-mère, publié dans les mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie. Vous verrez que dans une autre occasion j'ai mis à profit les observations de Ledran, tirées du même recueil, et personne ne m'accusera d'avoir manqué d'érudition dans la plupart de mes publications. Seulement j'ai toujours eu soin d'apprécier chaque auteur à sa juste valeur.

En prenant pour exemple Ambroise Paré, je vous dirai que l'homme qui a le premier lié les artères, et qui les a liées, pour ainsi dire, sous les balles de l'ennemi, devait être un grand chirurgien et un homme de cœur. Ambroise Paré est pour moi une des figures les plus vénérables dans l'histoire de la chirurgie; mais ce n'est pas une raison pour que j'accepte ses doctrines sur le cancer lorsque je vois un crabe de mer figurer à côté de sa description du cancer, à cause de la ressemblance qu'il trouve entre cet animal et la maladie en question; ou lorsqu'il dit, à un autre endroit, que le cancer est engendré par la bile noire. En un mot, j'admets volontiers le poids des autorités lorsque les opinions avancées sont démontrées. J'honore mes maîtres; mais l'indépendance de l'esprit me paraît le premier et le plus sacré des devoirs de l'homme de science.

Il paraît que j'ai fait frissonner M. Forget en parlant de l'excision de quelques parcelles d'une végétation de la peau ou des membranes muqueuses pour arriver à un diagnostic précis avant l'opération. Il me reproche de faire ainsi des quarts d'opération qui ne peuvent qu'entraîner les conséquences les plus funestes. Je suis très heureux de pouvoir encore une fois rassurer complétement l'esprit timoré de mon honorable collègue, et de lui dire que rien au monde n'est plus exempt d'inconvénients que ces excisions exploratrices. Un malade porte une petite tumeur verruqueuse à la surface du derme ou sur quelques points accessibles de la bouche. Outre les symptômes rationnels, on cherche à s'éclairer sur la nature du tissu, parce que le parti chirurgical à prendre en sera nécessairement influencé. Rien de plus facile que d'enlever avec des ciseaux courbes un fragment suffisant pour élucider la question dans un grand nombre de cas, et jamais je n'ai vu le moindre accident en être la conséquence. Un de nos honorables collègues, que nous estimons et que nous affectionnons tous, M. le docteur Monod, pratique rarement l'opération d'une tumeur de la bouche sans m'envoyer les malades, que je soumets à cet examen, et il peut vous dire que cette méthode est utile et sans inconvénient aucun. D'un autre côté, je n'attache pas une valeur exagérée à ce procédé, pas plus que n'en doit avoir, en général, un mode d'exploration quelconque. Du reste, il en est de même de toutes les maladies chirurgicales. Si nous avons, par exemple, affaire à un calculeux, l'exploration

de la vessie par la sonde ne nous rend pas compte de l'état exact de tous les points de la vessie, moins encore de celui du reste des voies urinaires, souvent secondairement malades en pareille circonstance, nullement des troubles des autres fonctions, et de la digestion en particulier, qui président si souvent à toutes les maladies des voies urinaires; mais cette exploration n'est pas moins un élément presque indispensable pour arriver au diagnostic et pour décider le parti chirurgical à prendre. Voilà donc encore une des objections de M. Forget réduite à sa juste valeur.

Vous reprochez, en dernier lieu, que le microscope abaisse le niveau de l'étude clinique et rend le pronostic obscur. Il est impossible de formuler un reproche plus mal fondé, plus injuste, plus hostile au progrès scientifique. C'est le microscope, au contraire, qui nous a fait trouver des points de départ certains pour déterminer l'anatomie pathologique des produits accidentels, et qui ensuite nous a fait étudier avec plus de sûreté la symptomatologie correspondant aux différentes lésions. Si M. Forget en veut une preuve, qu'il lise mon *Traité des affections cancéreuses*. Quant au pronostic, il est de toute évidence que bien des nuances délicates à la fois et importantes ne nous ont été révélées que du moment où le microscope a commencé à intervenir. C'est depuis ce moment que les hommes vraiment au courant de la science formulent tout différemment le pronostic, qui autrefois aurait été indistinctement fâcheux pour le véritable cancer, pour le cancroïde épithélial et pour les tumeurs fibro-plastiques. C'est ainsi que, n'ayant jamais vu guérir un véritable cancer, l'incurabilité est pour nous la règle. De très nombreux exemples existent, au contraire, de guérison de cancroïde des lèvres et de l'ulcère cancroïde de la face. Pour le premier, des opérations hardies, étendues, aidées de l'autoplastie avec extirpation des ganglions malades, offrent des chances tout autres de guérison que s'il s'agissait d'un véritable cancer. Pour l'ulcère rongeant de la face, nous savons également aujourd'hui que son incurabilité souvent n'est due qu'à l'impéritie du chirurgien.

J'ai vu M. Manec, à la Salpêtrière, guérir un certain nombre de femmes atteintes de ces sortes d'ulcères, qui avaient été déclarés incurables par de grands chirurgiens. J'ai suivi ces femmes pendant très longtemps, et j'ai pu me convaincre que la guérison s'est soutenue. J'ai dans ma pratique également des faits précis de cancroïdes de la face guéris d'une manière durable. S'agit-il d'une tumeur fibro-plastique? J'ai démontré également que le pronostic était bien meilleur que pour le cancer; que la récidive, dans un grand nombre de cas, n'avait pas lieu; que dans d'autres elle ne survenait que très tardivement, et que lors même que les récidives étaient plus rapprochées, la santé générale

n'en était point influencée, les ganglions lymphatiques non infectés. Toutefois, le pronostic doit prévoir ici la possibilité d'une infection générale, bien que rare et exceptionnelle. Il faut ne pas être praticien pour nier l'évidence d'aussi grands services rendus par le microscope.

Il y aurait peut-être moyen de s'entendre en ajoutant au terme de tumeur fibro-plastique celui de cancroïde, pour désigner que cette affection offre à la fois des analogies et des différences avec le cancer. Mais jamais je n'admettrai l'identité de deux affections, ayant par mon travail péremptoirement démontré le contraire.

Présentation de pièce d'anatomie pathologique.

M. Vidal (de Cassis) présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique. C'est, suivant lui, un testicule cancéreux. Il est arrivé à la connaissance de la nature de la tumeur par les principes qu'il a déjà fait connaître à la Société.

La tumeur était solide et ancienne. Un seul testicule était malade, et ne pouvait être, dit M. Vidal, qu'un sarcocèle tuberculeux de mauvaise espèce, ou un sarcocèle cancéreux. L'exploration attentive des viscères ayant permis de reconnaître qu'il n'existait pas de tubercules, il devenait évident pour le chirurgien que l'affection était de nature cancéreuse, malgré l'absence de douleurs lancinantes.

M. Follin examinera la tumeur, et si, dit M. Vidal, la cellule cancéreuse est le signe caractéristique du cancer, il n'est pas douteux que sa présence ne soit révélée par l'analyse microscopique.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret pour discuter une question relative à l'application du règlement.

Le vice-secrétaire, Laborie.

Séance du 12 janvier 1853.

Présidence de M. Guersant.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. Follin communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée par M. Vidal (de Cassis). Il s'agit d'une affection cancéreuse; les cellules cancéreuses se retrouvent en grando quantité dans toute la masse examinée.

Correspondance.

M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-

Rhône), adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Mémoire sur la rupture du ligament rotulien.*

M. Bourguet sollicite la faveur d'être nommé membre correspondant. (Commission : MM. Michon, Maisonneuve et Demarquay.)

Admission de M. Duval comme membre honoraire.

M. Duval, nommé par acclamation membre honoraire, est présent à la séance. Il adresse ses remercîments dans les termes suivants :

« Messieurs et chers collègues,

» C'est avec bonheur que j'ai reçu le titre que vous avez bien voulu me donner. Resté seul de tous les membres de l'ancienne et très illustre Académie royale de chirurgie, je suis heureux de servir de point d'union entre votre devancière et vous. Vous avez déjà conquis par vos travaux une grande place dans la science ; soyez certains que je vous suivrai avec joie dans la route que vous poursuivez si honorablement. Quant à mes rapports avec vous, mes chers collègues, ils seront, croyez-le bien, toujours bons et agréables, comme ils doivent ne jamais cesser d'exister entre confrères. Permettez-moi, en terminant, de déposer sur le bureau, comme gage des sentiments que j'éprouve, le *Serment d'Hippocrate* (1). »

M. Guersant, président, répond que la Société est heureuse de compter parmi ses membres honoraires un ancien membre de l'Académie de chirurgie. Elle remercie M. Duval du don qu'il veut bien lui faire du *Serment d'Hippocrate*, qu'elle déposera précieusement dans sa bibliothèque comme un souvenir de l'honorable doyen de ses membres honoraires.

RAPPORTS.

Cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau.

M. Lenoir, au nom de la commission chargée de rendre compte d'un travail de M. Bernard (Camille) sur un cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau, lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été adressé par M. le docteur Camille Bernard dans le but d'obtenir le diplôme de membre correspondant de la Société de chirurgie. Ce travail a pour titre : *Cancer de la lèvre inférieure ; restauration à l'aide de deux lambeaux latéraux quadrilatères ; guérison.* — Il comprend l'observation d'un cas particulier qui s'est présenté l'an dernier à l'Hôtel-

(1) Serment d'Hippocrate, précédé d'une Notice sur les serments en médecine ; par J. B. Duval, membre du Collége et Académie royale de chirurgie.

Dieu d'Apt, observation qui est précédée et suivie de réflexions sur la *chéiloplastie* en général. Voici d'abord la relation du fait en peu de mots :

Un homme de 78 ans, d'une constitution athlétique, porte depuis environ un an une tumeur ulcérée à la lèvre inférieure. Il ne donne aucun renseignement ni sur la cause déterminante, ni sur la marche progressive de son mal ; seulement il dit avoir eu une simple gonorrhée un demi-siècle auparavant. Sur ce renseignement, un médecin consulté a eu la pensée de lui prescrire récemment un traitement antisyphilitique complet, regardant sans doute l'affection actuelle de la lèvre comme dépendant d'une cause spécifique. Deux autres médecins, consultés aussi depuis peu de temps, ont, de leur côté, considéré le mal comme étant de nature cancéreuse ; mais le plus ancien des deux s'est opposé à toute opération.

M. Bernard, consulté à son tour, n'a trouvé aucune contre-indication à agir, ni dans l'âge avancé du malade, ni dans l'état actuel de l'ulcère que celui-ci porte à la lèvre ; et il insiste avec raison, pour étayer sa détermination, sur ces trois points : 1° que, dans ce cas, l'induration du tissu cellulaire et la couleur violacée des téguments et de la muqueuse s'arrêtent de chaque côté à 5 ou 6 millimètres en deçà des deux commissures des lèvres, et ne s'étendent par en bas que jusqu'au sillon mentonnier ; 2° que les glandes sous-maxillaires sont saines ; 3° enfin sur la constitution de son malade.

Voici maintenant le procédé opératoire que ce chirurgien a préféré : après avoir cerné les tissus affectés de cancer par deux incisions partant du bord libre de la lèvre inférieure et les avoir réunies en bas par une troisième transversale occupant le sillon mentonnier, il détacha la partie moyenne de cette lèvre de ses insertions à l'os maxillaire et l'enleva ; puis il s'occupa de réparer la perte de substance qu'il venait de produire. Chez cet homme, l'ouverture de la bouche avait 60 millimètres d'étendue : or, comme par suite de l'opération ce qui restait de la lèvre inférieure de cette bouche était réduit à deux moignons ayant ensemble 15 millimètres, le chirurgien dut tailler dans le bas des joues deux lambeaux quadrilatères allongés qu'il fit glisser sur l'os maxillaire inférieur jusqu'à ce qu'ils arrivassent au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane ; de plus, afin de pouvoir doubler le bord libre de ces deux lambeaux avec la muqueuse buccale et lui donner la forme et la structure du bord libre de la lèvre inférieure qu'il venait d'enlever, il dut exciser les téguments seuls en dehors des deux commissures de manière à conserver deux portions de membrane muqueuse assez longues et assez larges pour recouvrir le bord libre de la nouvelle levre ; enfin, comme par suite du rapprochement des deux lam-

beaux quadrilatères, exclusivement formés aux dépens de la partie inférieure des joues, la lèvre supérieure était trop proéminente en avant et se plissait en dehors des commissures, il dut enlever l'excédant de cette lèvre en pratiquant en ces deux derniers points une perte de substance en forme de V dont le sommet regardait en haut. L'opération était achevée : les artères labiales furent tordues et les lambeaux maintenus rapprochés à l'aide de quelques points de suture entortillée. Après le pansement, il restait trois plaies linéaires ; l'une médiane, formée par les deux lambeaux quadrilatères réunis au-devant de la symphyse du menton, et deux latérales partant de chaque commissure et se dirigeant en haut et en dehors : elles résultaient de la double perte de substance faite à la lèvre supérieure.

Le malade supporta bien toute cette longue manœuvre, quoiqu'il ne fût pas éthérisé, et le quinzième jour sa guérison était constatée, car il sortait de l'hôpital. L'observation relate qu'il a été revu un mois après quand il vint chercher les effets qu'il avait laissés dans l'établissement. Alors, dit l'auteur, « la réussite était assez complète pour » qu'à la vue du *facies* de cet homme on ne se doutât pas qu'il avait » subi l'enlèvement de la lèvre inférieure. » Depuis, il a été perdu de vue.

Vous le voyez, messieurs, la méthode employée pour restaurer la lèvre inférieure dans ce cas est celle qui a été tour à tour appelée *méthode de Celse*, *méthode française*, et qu'il vaut mieux, je crois, appeler *méthode par glissement*, parce que cette dénomination fait de suite connaître le caractère du genre d'autoplastie dont on parle, méthode à laquelle M. Bernard, qui se montre très au courant de tout ce qui s'est fait en chéiloplastie dans ces derniers temps, a ajouté deux modifications importantes : la première, qui paraît appartenir au professeur Serres, de Montpellier, consiste à *ourler* le bord libre de la lèvre de formation nouvelle au moyen d'un lambeau de la muqueuse buccale ; et la seconde, qui se trouve indiquée pour la première fois dans le travail de notre confrère d'Apt, consiste à exciser la portion exubérante de la lèvre supérieure à l'aide de deux incisions en Λ renversé, faites en dehors et au-dessus des deux commissures. J'ajouterai, enfin, que c'est aussi dans ce travail que je vais indiquer pour la première fois la longueur exacte et presque mathématique qu'il convient de donner aux lambeaux de restauration ; longueur qui variera, du reste, suivant l'étendue de l'ouverture normale de la bouche de l'opéré et suivant l'étendue de la perte de substance que devra subir la lèvre affectée de cancer. La description de cette manœuvre opératoire est bien faite, quoique un peu longue, comme l'opération, qu'elle s'applique à faire connaître dans tous ses temps ; mais peut-être y aurait-il moyen d'a-

bréger l'une et l'autre en commençant la restauration do la lèvre inférieure par la double incision en V qu'on pratique au-dessus des commissures, et dans la base de laquelle on trouverait, par un simple renversement en dehors, le lambeau de muqueuse buccale qui est nécessaire à la confection de l'*ourlet*. Ce petit changement dans l'ordre des différents temps do la manœuvre opératoire a permis à votre rapporteur, en agissant avec de forts ciseaux, d'exécuter celle-ci sur le cadavre et en moins de temps qu'il n'en met ici à vous l'indiquer.

Mais la méthode suivie dans ce cas par M. Bernard pour exciser le cancer et reconstituer la lèvre inférieure après cette excision était-elle la meilleure à employer? L'auteur du travail dont je vous rends compte a discuté longuement cette question, et je dois dire que je partage entièrement son opinion sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qu'il a pratiquée ; comme lui, je pense que, chez un malade dont la lèvre inférieure, normalement longue de 60 millimètres, devait subir une perte de substance de 45 millimètres de long sur 35 millimètres de haut, on ne pouvait se borner à une simple incision en V et au rapprochement des bords de cette incision sur la ligne médiane, par la raison que le vide des trois quarts de la lèvre n'aurait jamais pu être comblé par le quart restant voisin des commissures, et que l'occlusion de la bouche serait résultée de ce rapprochement par trop forcé. L'incision en V ne peut convenir que dans les cas où le mal n'occupe qu'un petit espace.

Comme lui je pense aussi que, du moment que pour combler cette large perte de substance de la lèvre inférieure il fallait emprunter aux parties environnantes de celle ci des lambeaux, cet emprunt devait être fait aux joues de préférence à tout autre lieu. En faisant en effet remonter la peau du menton et de la région antérieure du cou taillée *carrément*, suivant le procédé de *Chopart*, ou en *demi-cercle*, suivant la méthode de M. Roux (de Saint-Maximin), on n'aurait eu qu'une lèvre imparfaite; car la muqueuse buccale manquait au-dessous du sillon mentonnier, et l'on n'aurait pu faire avec elle l'*ourlet* du bord libre de cette lèvre.

Toute la discussion à laquelle M. Bernard se livre ici pour faire prévaloir la *forme quadrilatère* des incisions à l'aide desquelles il a cerné les parties affectées de cancer sur la forme en *V* ou sur la forme *semi-lunaire* qu'il aurait pu leur donner, et aussi pour établir la supériorité des lambeaux latéraux sur le lambeau mentonnier dans la confection de la nouvelle lèvre inférieure, toute cette discussion, dis-je, est convenablement conduite, et fait honneur à la logique et à la sagacité de son auteur.

Je n'adresserai à M. Bernard qu'un seul reproche, c'est d'avoir trop

tôt publié son observation, c'est d'avoir donné comme définitif un résultat brillant aujourd'hui, mais que peut être un avenir peu éloigné pourra changer en un échec opératoire. Si notre honorable confrère eût attendu plus longtemps avant de nous envoyer son travail, il eût pu nous dire si la récidive du mal a eu lieu, au bout de combien de temps et sur quel point elle a eu lieu; et, en faisant cela, il eût comblé un des nombreux *desiderata* de la science. C'est en effet aujourd'hui encore une question de savoir si, à la suite de ces grands cancroïdes des lèvres enlevés par l'instrument tranchant et réparés par l'autoplastie, il ne survient pas des récidives aussi fréquentes que lorsqu'on se borne à l'excision simple de la partie malade et au rapprochement des bords de la plaie qui résulte de cette opération. M. Martinet (de la Creuse), et après lui Blandin, suivi en cela par nos collègues MM. Michon et Chassaignac, ont, dans l'enthousiasme provoqué chez eux par quelques rares succès, proclamé que l'autoplastie était un moyen sûr de prévenir la récidive des cancers enlevés par l'instrument tranchant. Je crois, pour ma part, que pour donner quelque semblant de valeur à cette assertion, il conviendrait de définir d'abord de quelle méthode d'autoplastie on entend parler. Je comprends, par exemple, qu'un lambeau de peau pris à une certaine distance du lieu sur lequel on le transplante, ainsi que cela se pratique dans la *méthode indienne*, ne soit pas contaminé par le cancer ou par les dartres; non, comme on l'a dit, parce qu'il *apporte une vie puissante* aux parties avec lesquelles on le met en rapport, mais bien parce qu'il reste étranger aux mouvements vitaux de ces parties. Je comprends cela, sans toutefois trop me fier à cette action bienfaitrice, et dans ma pratique je compte bien plus, comme moyen propre à prévenir la récidive des cancers, sur l'ablation complète de la partie affectée et sur la réunion immédiate après l'opération, que sur un lambeau autoplastique façonné même par la méthode indienne. Mais qu'il en soit de même de la méthode française ou par glissement, je ne le comprends plus. Trop de faits viendraient déposer ici contre cette doctrine, et si le temps me le permettait, je vous en citerais plusieurs tirés de la pratique de Dieffenbach, de Serres (de Montpellier), de Roux (de Saint-Maximin), de M. Velpeau, et de la mienne propre.

Un second avantage devait résulter de ce retard de publication: M. Bernard aurait pu nous dire comment au bout d'un certain temps la lèvre inférieure restaurée aux dépens des parties molles voisines fonctionnait soit dans l'acte de la préhension des aliments, soit dans celui de la prononciation de certains mots, soit enfin dans les différents mouvements auxquels elle est soumise dans l'expression faciale. Ces détails, qu'on cherche vainement dans les observations publiées chaque jour

dans nos journaux, sont d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie et de la pathogénie; et pourtant ils manquent ici. Que certains chirurgiens, après avoir réussi tant bien que mal à restaurer une lèvre enlevée par l'instrument, se hâtent de communiquer au public par la voie de la presse leur succès trop souvent éphémère; nous n'avons rien à y voir; c'est un malheur du temps, qui prend sa source dans le nombre trop grand de nos journaux de médecine, et dans l'absence de bons matériaux propres à les remplir. Mais pour nous, qui faisons plus de cas de la qualité que de la quantité, nous ne pouvons nous empêcher de signaler ici cette lacune regrettable dans un travail qui mérite votre approbation.

M. Bernard, outre cette observation, a envoyé à la Société un mémoire imprimé sur la version podalique à double rotation du fœtus; un second sur l'amputation de la jambe à lambeaux latéraux obliques; et un troisième sur le redressement du cal difforme par simple déflexion. Il est enfin chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Apt et en position de mettre à profit pour la science les matériaux qui se présenteront à lui par la suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer l'observation de M. Bernard aux archives;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

— Après la lecture de ce rapport, M. Chassaignac demande la parole. Il approuve tous les principes de probité chirurgicale et de saine pratique consignés dans l'intéressant rapport de M. Lenoir; seulement il croit devoir faire observer que ce que le rapporteur signale relativement à la valeur de l'autoplastie comme moyen préservatif de la récidive cancéreuse n'a pas été exactement indiqué quant à ce qui le concerne, du moins.

Dans un travail communiqué à la Société de chirurgie j'ai, dit M. Chassaignac, indiqué une observation qui m'était propre, dans laquelle la récidive cancéreuse en envahissant la cicatrice avait complétement respecté le lambeau de réparation, et j'ai fait ressortir ce que ce fait présentait d'intéressant au point de vue de l'application de l'autoplastie au traitement des plaies résultant des amputations du cancer.

Quant à l'influence définitive, absolue de l'autoplastie sur la récidive, cette question ne saurait être jugée sans un nombre considérable de faits observés pendant longtemps, car il ne faut pas oublier que rien n'est moins limité que l'époque de la récidive, et les faits n'auront de valeur que lorsqu'ils auront été soumis pendant un temps assez long à l'observation du chirurgien.

En outre, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Lenoir sur l'importance de ne pas consigner dans la science les cas

d'opération encore trop récents, M. Chassaignac ajoute que, dans quelques circonstances, lorsqu'il s'agit, par exemple, de procédés opératoires nouveaux, il peut devenir utile de ne pas attendre pour publier des observations.

M. Lenoir répond qu'il avait cru remarquer dans le travail de M. Chassaignac une tendance marquée à faire ressortir la valeur curative de l'autoplastie comme moyen d'empêcher la récidive du cancer. Cette opinion, commune du reste à plusieurs chirurgiens, ne lui paraissant pas suffisamment justifiée, il n'a pas hésité à la combattre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Camille Bernard est nommé membre correspondant.

Le rapport sera publié dans les bulletins de la Société.

— M. Richet donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Désormeaux, chirurgien du Bureau central.

Voici le titre de ce travail :

Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant.

Le travail, avec le rapport, ayant été renvoyé au comité de publication, nous donnons seulement les conclusions de la commission :

1° Renvoyer le travail au comité de publication pour être inséré dans les Mémoires de la Société;

2° Nommer M. Désormeaux membre titulaire.

La première conclusion a été immédiatement adoptée. Le vote sur la deuxième conclusion aura lieu dans la prochaine séance.

Discussion.

M. Deguise. En entendant la lecture du travail de M. Désormeaux, ce qui m'a surtout frappé, c'est la terminaison fatale de l'affection. La mort, en effet, est rarement la conséquence de cette luxation ; car dans presque tous les cas que j'ai recueillis, les malades ont guéri, même quand la luxation était complète.

Quant aux signes observés sur le malade, il est à regretter que M. Désormeaux n'ait pas suffisamment insisté sur le développement du diamètre antéro-postérieur de l'articulation.

M. Richet fait observer que ce reproche ne saurait être adressé à l'auteur du mémoire. Seulement, comme ce symptôme n'est pas nouveau, il n'a pas cru devoir en parler dans son rapport.

Quant au signe emprunté à la situation de la rotule, M. Deguise ne saurait partager l'opinion de M. Richet. Voici, en effet, comment s'exprime le rapporteur :

« Dès à présent on peut affirmer, en se fondant sur les faits obser-
» vés par MM. Deguise fils et Désormeaux, et surtout par ce dernier,
» que, dans la luxation complète comme dans l'incomplète, la position de

» la rotule n'est pas toujours la même, et ne saurait, en conséquence, » constituer un signe pathognomonique, comme le voudrait M. Mal- » gaigne. »

Constamment, dit M. Deguise, j'ai vu dans les expériences que j'ai tentées la rotule située horizontalement sur la face supérieure du tibia; ce symptôme me paraît devoir être constant, comme l'indique M. Malgaigne.

M. Richet, n'ayant fait que des expériences sur la luxation en arrière, n'a pas été à même d'apprécier les faits signalés par M. Deguise; mais, du reste, peu importe ce qui a lieu sur le cadavre; le fait qui ressort des deux observations indiquées, l'une par M. Deguise lui-même, et l'autre par M. Désormeaux, c'est que cette situation de la rotule, que l'on veut considérer comme pathognomonique, manquait précisément sur les deux malades.

M. Deguise pense que si la rotule n'offrait plus la position horizontale, cela tenait aux mouvements imprimés au membre luxé et à la situation dans laquelle on avait placé le malade. Les signes les plus ordinaires des fractures peuvent être accidentellement modifiés, sans pour cela qu'on soit autorisé à les nier parce qu'on ne les aurait pas rencontrés.

M. Deguise cite à ce propos un cas de fracture de cuisse observée par Lisfranc dans laquelle il y avait allongement du membre; la fracture était excessivement oblique, et les deux fragments se correspondant par leurs extrémités, il y avait de la sorte allongement; et le fait observé par Lallemant à la Salpêtrière : une femme *aliénée* et *paralytique* fait une chute; on l'examine étant debout, et l'on trouve l'un des membres manifestement allongé. Cependant on s'aperçut que ce membre était fracturé (fracture du col du fémur); l'allongement était produit par le poids du membre paralysé.

M. Richet, en réponse à M. Deguise, fait ressortir l'importance de deux faits cliniques observés avec soin, dans lesquels la rotule ne présentait pas le déplacement indiqué comme devant toujours exister. Quant à la cause qui maintient la rotule verticale, il croit pouvoir l'attribuer à l'épanchement qui se fait dans l'articulation.

M. Morel-Lavallée partage les idées de M. Richet sur la nécessité de soumettre à de nouvelles études l'histoire des luxations, et surtout des luxations du genou. L'étiologie présente en effet des particularités assez inattendues; ainsi dans la très grande majorité des cas, la luxation se produirait par le fait d'une chute.

Quant aux suites, il ne saurait partager l'avis de M. Deguise sur l'heureuse terminaison habituelle des luxations du genou.

En analysant les observations publiées, M. Morel a fait une remar-

que qui lui paraît avoir échappé jusqu'ici aux observateurs ; c'est que la déchirure des vaisseaux poplités et la gangrène de la jambe consécutive à la rupture ou à la compression de ces vaisseaux semblent appartenir exclusivement à la luxation en avant. Voici comment s'explique, si je ne me trompe, dit M. Morel, cette particularité importante : dans la luxation de la jambe en arrière, l'extrémité supérieure du tibia repousse en arrière les vaisseaux poplités, qui, se détachant et s'éloignant aisément du fémur, éludent l'action vulnérante de la pression de l'os ; dans la luxation en *avant*, au contraire, l'arcade fibreuse du soléaire bride les vaisseaux et les empêche de s'écarter de la jambe, et, forcés de s'enrouler dans l'espace intercondylien et de suivre le tibia jusqu'en avant, ils subissent à la fois une compression et une élongation capables d'en amener la rupture ou une oblitération au moins momentanée.

M. Roux pense qu'il y a un autre motif qui peut rendre compte de la non-déviation de la rotule. Chez quelques individus le ligament rotulien inférieur est très court, et si la luxation de la jambe se fait en avant, la rotule se trouve trop fortement retenue en bas pour pouvoir se rencontrer sur la face articulaire tibiale, alors le déplacement horizontal devient impossible. M. Roux, du reste, ne peut rien dire sur cette luxation, qui suit le résultat de son observation personnelle, car, pendant sa longue pratique, il n'a jamais vu de luxation du genou.

M. Huguier, insistant sur la différence entre les résultats obtenus sur le cadavre et les faits observés sur le vivant, signale comme devant, dans ces derniers cas, exercer une influence considérable sur la non-déviation horizontale de la rotule, la contraction musculaire. Il faut en outre ne pas oublier que la capsule fibreuse résistante retient le ligament rotulien en place, et devient un obstacle de plus au déplacement de la rotule.

M. Deguise pense qu'il ne doit pas y avoir de grande différence entre les luxations produites sur le cadavre et celles que l'on observe sur le vivant, car elles ne peuvent être faites qu'à la condition d'avoir déterminé un grand délabrement.

M. Richet ne partage pas cette opinion de M. Deguise; il a été étonné, dans les expériences qu'il a faites, du peu d'altération déterminé autour de la jointure, et, dans le cas de M. Désormeaux, il y avait seulement éraillement des ligaments croisés.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Richet sur l'influence de l'épanchement sur la non-déviation horizontale de la rotule.

Présentation de pièces d'anatomie pathologique.

M. MAISONNEUVE présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans les conditions suivantes :

Il y a environ un mois, un carrier reçut sur la tête un moellon qui détermina une plaie de tête avec arrachement du cuir chevelu dans une assez grande étendue.

Pendant quinze jours il n'y eut pas d'accidents; mais tout à coup apparurent des phénomènes cérébraux indiquant une compression. Il y eut une hémiplégie complète sur le côté opposé à la lésion de la tête.

M. Maisonneuve crut à un abcès du cerveau, et il se décida à appliquer le trépan. Une première couronne fut placée sur le point le plus dénudé des os du crâne; successivement cinq couronnes furent appliquées; mais, malgré le débridement des méninges, il ne sortit aucune espèce de sécrétion purulente. Le malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut que la trépanation avait été faite en un point convenable ; si le chirurgien avait ponctionné plus profondément, il aurait ouvert l'abcès, qui se trouvait à un centimètre de profondeur.

L'abcès, qui a détruit une partie assez considérable du cerveau, intéresse le lobe moyen.

Dans le diagnostic, dit M. Maisonneuve, j'ai été induit en erreur en m'en fiant, pour reconnaître le siége de l'abcès, aux lésions physiologiques.

J'avais soupçonné, en effet, que la lésion devait siéger en avant, en considérant que la perte complète de la parole avait été le premier symptôme.

Le volume de l'abcès est celui d'une grosse noix. Si j'avais reconnu l'abcès, ajoute M. Maisonneuve, aurais-je réussi en le ponctionnant?

Un fait que j'ai récemment observé me permet d'espérer que le malade aurait pu guérir. Une dame, ayant reçu un coup violent sur la tête, eut consécutivement une hémiplégie. Je fus d'avis de trépaner; certaines circonstances éloignèrent l'opération, et spontanément l'abcès s'ouvrit par les fosses nasales. Il y eut disparition immédiate de l'hémiplégie et guérison.

Ce fait n'est pas sans analogues ; dans trois cas connus, il y a eu guérison par le même procédé.

— A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, E. LABORIE.

Séance du 19 janvier 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente à la Société un jeune garçon de seize ans sur lequel il a pratiqué la désarticulation du troisième orteil du pied droit. L'amputation a été faite par la méthode ovalaire. La cicatrice est parfaite. En présentant ce malade, M. Chassaignac a eu l'intention de fixer l'attention, non pas sur l'opération, mais bien sur la lésion qui l'a rendue nécessaire.

Ce jeune homme fut adressé à l'hôpital Saint-Antoine par M. Gueneau de Mussy. Il présentait une hypertrophie du troisième orteil, qui avait un volume égal à celui du gros orteil. Il n'existait aucune espèce de lésion à laquelle on pût rattacher ce développement anormal. L'affection, dès son début, s'était compliquée de douleurs très vives qui allèrent toujours en augmentant, et qui étaient devenues intolérables.

Après plusieurs mois de tentatives inutiles pour faire cesser cet état de souffrance, après avoir détruit la matrice de l'ongle à l'aide du cautère actuel, M. Chassaignac se décida, sur les instances du malade, à pratiquer l'amputation de l'orteil.

A la dissection, on reconnut qu'il n'existait aucune altération des parties molles, qui ne présentaient que de l'hypertrophie; mais au centre de la phalangette, doublée de volume, on trouva un petit corps dur, osseux, logé dans l'intérieur même de l'os, dont les parois, très amincies, avaient été repoussées en dehors.

L'analyse microscopique du corps anormal sera faite par M. Lebert, qui donnera, dans une prochaine séance, le résultat de cet examen.

Sur la déchirure des ligaments croisés dans la luxation du tibia sur le fémur.

A propos du rapport de M. Richet, M. Chassaignac rappelle que dans l'observation de M. Désormeaux on avait noté les lésions des ligaments croisés. Dans des expériences qui lui sont propres, et qui datent de 1841 (Thèse sur les appareils orthopédiques, page 163), M. Chassaignac avait constaté quelques circonstances intéressantes quant à la force comparative de résistance de ces ligaments. Ainsi, en produi-

sant une extension exagérée de la jambe sur la cuisse, le ligament postérieur interne cède le premier, tandis que dans la flexion, c'est l'antérieur qui se déchire d'abord.

Dans l'observation de M. Désormeaux, on ne se rend pas bien compte du mécanisme qui a produit la luxation. Est-ce pendant la flexion ou pendant l'extension que le déplacement articulaire a été déterminé? Si, dit M. Chassaignac, mes expériences se trouvaient confirmées, cette question pourrait être éclaircie.

M. Richet, après avoir rappelé que dans le fait de M. Désormeaux il y avait rupture du ligament antérieur, dit que dans les expériences qu'il a répétées sur le cadavre il a trouvé le ligament antérieur intact et le postérieur déchiré lorsqu'il avait produit une extension exagérée.

M. Robert pense que l'on ne saurait comparer les altérations produites sur le cadavre avec celles qu'on remarque sur le vivant; aussi n'admet-il pas que les observations de ses collègues puissent offrir une application pratique. Dans une première séance, M. Robert communiquera une observation de luxation en arrière de la jambe sur la cuisse. Les ligaments croisés et les ligaments postérieurs de l'articulation sont détruits.

M. Richet fait observer que dans les expériences qu'il a faites il ne s'est occupé que des luxations incomplètes. Le fait dont parle M. Robert est relatif à une luxation complète; alors les altérations doivent être bien différentes.

Correspondance.

M. Lebert, nommé professeur de clinique chirurgicale à Zurich et médecin en chef de l'hôpital, se trouvant dans la nécessité de quitter Paris, demande le titre de membre associé étranger. (Accordé.)

Correspondance imprimée.

M. Debout fait don du XLIIIe volume du *Bulletin de thérapeutique*.

La Société reçoit en outre :

1° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par l'Académie des sciences et belles-lettres et arts de Rouen;

2° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par la Société libre d'émulation de la même ville.

Hernie inguinale comprenant une partie de la vessie.

M. Roux fait la communication suivante :

J'ai eu récemment l'occasion d'opérer une hernie inguinale droite étranglée, présentant, en outre d'une anse intestinale, une notable portion de la vessie. La présence de ce viscère ne fut reconnue que dans

le cours de l'opération. La rareté de ce genre de hernie, que je n'avais jamais rencontré, l'erreur que j'ai commise, me paraissent donner un grand intérêt à cette observation.

Vendredi dernier fut admis dans mon service un homme qui, depuis quatre jours, présentait des symptômes d'étranglement; il s'agissait d'une hernie inguinale droite volumineuse, existant dès l'enfance. Jusqu'à l'âge de vingt et un ans, le malade n'avait rien fait pour la maintenir réduite; ce fut seulement après avoir été exempté de la conscription qu'il se décida à porter un bandage, qui ne remplit jamais le but que l'on voulait atteindre.

Lorsque je vis le malade, on avait tenté à plusieurs reprises la réduction, tant en ville qu'à l'hôpital. Le malade était dans un état très grave; je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer l'opération.

La hernie était volumineuse, eu haut et en dehors elle avait un prolongement assez dur, en bas et en dedans elle était plus molle, moins consistante; j'opérais avec la plus grande confiance, persuadé que j'avais affaire à une hernie ordinaire.

Les premiers temps de l'opération furent très simples : j'arrivai promptement sur l'anse intestinale étranglée; je débridai le col herniaire et je réduisis l'intestin, qui n'avait contracté adhérence en aucun point et qui me parut dans un état satisfaisant.

Ceci fait, je vis saillir au côté interne du sac une partie que je n'avais point encore aperçue; je crus avoir devant les yeux l'épiploon; l'aspect en était lisse et poli; à la surface se voyaient quelques pelotons graisseux; en passant le doigt à la base de cette espèce de tumeur on reconnaissait qu'elle était libre de toute adhérence.

J'essayai de réduire, je réussis en partie; mais dès que le doigt abandonnait la portion réduite, immédiatement elle ressortait. Plus persuadé que jamais qu'il s'agissait de l'épiploon, je me décidai à en faire l'excision, ce qui était d'autant plus facile que je pouvais saisir la tumeur entre mes deux doigts.

Je procédai avec douceur, coupant en dédolant, lorsqu'enfin je fis une ouverture par laquelle s'échappa un flot d'urine; alors seulement je vis qu'il y avait une cystocèle. Je me hâtai de fermer la petite plaie que j'avais produite et je pansai suivant les règles.

Malgré les évacuations qui survinrent dans la journée, les symptômes d'étranglement persistèrent, et le malade s'éteignit vingt-six heures après l'opération.

La pièce pathologique a été disséquée avec soin par M. Roux, qui la soumettra dans la prochaine séance à l'examen de la Société.

C'était bien la moitié de la vessie qui était herniée.

M. Roux pense que la cystocèle existait dès l'enfance; d'abord faible, elle était formée par une partie non recouverte du péritoine; puis, à mesure qu'elle augmentait de volume, elle entraînait avec elle et le péritoine et les parties voisines; du reste, les parois de la vessie herniée n'avaient pas augmenté d'épaisseur. On remarquait en un seul point un peu d'hypertrophie du tissu musculaire.

Ainsi, la cystocèle congéniale avait existé dans ce cas pendant de longues années, en s'accompagnant d'anses intestinales, sans avoir révélé sa présence par aucun symptôme, et même pendant l'opération la présence de la vessie a été méconnue; du reste, dit M. Roux, si j'avoue mon erreur, je dois ajouter que je ne crois pas qu'elle ait eu de l'influence sur le résultat.

La discussion sur ce fait aura lieu lors de la présentation des pièces d'anatomie pathologique.

Rapport.

M. Maisonneuve fait un rapport sur des observations de luxation coxo-fémorale en haut et en avant adressé à la Société par M. le docteur Aubry, de Rennes.

Observations de luxations coxo-fémorales en haut et en avant. Examen cadavérique d'une de ces luxations huit jours après sa production. Application de ce dernier cas aux doctrines de M. Malgaigne touchant les luxations ilio-pubiennes.

En publiant ce fait d'anatomie pathologique, nous n'avons pas pour but de faire connaître un cas rare, exceptionnel, et ne devant offrir de l'intérêt qu'en vertu de son caractère anormal; nous croyons, au contraire, qu'il est la représentation des cas ordinaires; et c'est à ce titre qu'il a de l'importance; et pour fixer de suite les idées sur sa nature, nous dirons qu'il est pour nous la démonstration d'un certain nombre de propositions que nous allons placer en regard des assertions contraires de M. Malgaigne.

	OPINIONS DE M. MALGAIGNE.
1° Les luxations coxo-fémorales complètes en haut et en avant s'accompagnent bien réellement des symptômes indiqués par les auteurs classiques. S'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.	1° Les luxations complètes, qui sont singulièrement rares en comparaison des autres, présentent des symptômes tout différents de ceux de la luxation classique.

A. Dans ces luxations complètes, le membre est dans la rotation en dehors, dans l'abduction et non dans l'adduction forcée.	A. La rotation en dehors n'existe plus ; le membre est porté dans l'adduction.
B. La tête du fémur fait saillie au pli de l'aine.	B. La tête n'est plus au pli de l'aine.
C. Le raccourcissement n'est pas énorme.	C. Le raccourcissem. est énorme.
2° La tête du fémur repose sur le pubis.	2° La tête serait au-dessus du rebord du bassin, au-devant de l'ilium et non sur le pubis.
3° Le bord de l'os coxal. n'est point reçu comme dans une mortaise dans la partie postérieure du col.	3° Ce bord s'engagerait dans l'échancrure postérieure du col du fémur, comme dans une mortaise.
4° La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure.	4° Le procédé de flexion serait de tous le plus dangereux et le moins susceptible de réussir.

Il y a une quinzaine d'années, les propositions que nous venons d'émettre auraient paru un hors-d'œuvre, une vérité banale, et la dissection que nous avons pu faire d'une luxation récente n'aurait servi qu'à confirmer la doctrine universellement reçue.

Aujourd'hui il n'en est plus de même; M. Malgaigne a remis en question toute l'histoire des luxations de la cuisse ; « il a voulu, » dit-il, substituer pour l'une des grandes variétés de la luxation » coxo-fémorale une histoire réelle et positive au roman que l'on » enseigne dans les écoles » ; et pour arriver à ce but il a usé de tous les moyens de publicité : cours particuliers, articles de journaux, discussions scientifiques, enseignement officiel enfin, rien ne lui a manqué.

Il est résulté de là qu'on ne peut aujourd'hui parler d'une luxation de la cuisse sans se trouver face à face avec M. Malgaigne ; c'est ce qui explique notre entrée en matière et l'opposition que nous avons placée sous les yeux de nos lecteurs.

Bien que le but principal de ce travail soit la description anatomo-pathologique d'une luxation récente en haut et en avant, nous demanderons la permission de rapprocher de ce fait deux autres cas de luxation sus-pubienne qu'il nous a été donné d'observer; cela nous permettra de soumettre à l'appréciation du public une

critique que nous a value, de la part de M. Malgaigne, la publication d'un de ces faits dans les *Archives de médecine.*

Obs. I. — *Luxation du fémur en haut et en avant, réduite par l'extension sur la cuisse fléchie.* (Archives de médecine.)

Nous ne donnerons ici que le résumé de cette observation, dont on trouvera les détails dans le journal que nous venons d'indiquer.

Le 5 août 1845, je reconnus sur un adulte une luxation du fémur en haut et en avant, aux symptômes suivants : décubitus horizontal en supination; membre inférieur droit plus court que le gauche de 3 centimètres environ, dans la rotation en dehors et reposant sur sa face externe; jambe légèrement fléchie sur la cuisse; la pointe du pied inclinée en bas et en dehors; région trochantérienne moins saillante que dans l'état normal. Un peu en dehors du milieu du pli de l'aine, tumeur appréciable par la vue, d'une forme arrondie, dure au toucher et bien évidemment constituée par la tête du fémur. Enfin, au-devant de la partie interne de la tumeur on sentait les pulsations de l'artère crurale.

Procédé de réduction. — Le blessé étant couché sur le dos, je saisis avec les deux mains la partie inférieure de la cuisse pendant que le bassin était fixé par deux aides; alors je relevai le genou en fléchissant la cuisse presque à angle droit sur le tronc, ce qui ne se fit pas sans un effort assez considérable; puis, m'aidant de mes deux jambes, dont l'une appuyait sur la face externe de la cuisse luxée tandis que l'autre pressait sur le côté interne de la jambe, j'imprimai au membre un mouvement de rotation en dedans, tout en continuant l'extension avec toute la force dont j'étais capable. Après une demi-minute à peu près, nous perçûmes le bruit sec dont s'accompagne ordinairement la rentrée brusque de la tête du fémur dans sa cavité.

Nous considérions, bien entendu, ce fait comme une luxation complète; nous disions que la tête reposait sur le pubis; enfin nous avions réduit par un procédé que M. Malgaigne déclarait impossible. Mais si nous étions en opposition avec lui, nous avions du moins observé à son égard les convenances les plus rigoureuses. Le savant professeur a-t-il fait de même envers nous. On va en juger par un échantillon de l'article dont M. Malgaigne nous honora dans son journal du mois de mars 1847 :

« Nous disions, dans les *Archives*, que nous avions peine à croire que la tête sphérique et lisse du fémur pût rester à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde.

» Nous ajoutions que, quand même la tête serait sur le bord, elle ne toucherait plus la surface diarthrodiale de la cavité, et que dès lors, puisqu'il n'y avait plus contact entre les surfaces articulaires, on devrait y voir une luxation complète. »

Au fond, la critique de M. Malgaigne se résumait à dire que mon observation était un exemple de luxation incomplète, parce que :

1° *La cuisse était sur le côté externe ;*

2° *Le procédé de flexion avait réussi.*

On nous engageait, de plus, à vérifier sur le cadavre la légitimité de ces deux assertions.

Eh bien ! nous avons à offrir à M. Malgaigne quelque chose de mieux que la vérification sur le cadavre ; c'est l'examen de notre pièce : il y *verra qu'avec un déplacement où la tête est à* 18 *à* 20mm. *au delà du bord du cotyle il y a rotation en dehors du fémur, et que la cuisse repose sur le côté externe.*

Que M. Malgaigne nous permette donc de lui appliquer l'une de ses phrases, en lui faisant remarquer « combien est vaine et futile l'autorité des grands noms quand elle est en désaccord avec l'autorité des faits (1). »

Un second cas de luxation sus-pubienne s'est offert à nous à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de notre ami et collègue M. A. Guyot, chirurgien des hôpitaux et professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole secondaire de médecine.

Voici l'exposé de ce fait :

Obs. II. — *Luxation sus-pubienne du fémur compliquée d'une fracture de jambe avec plaie. Tentatives infructueuses de réduction au bout de deux mois.*

Le 27 avril 1850, Pierre André, âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, conduisant une charrette médiocrement chargée, fit une chute par suite d'un faux pas et, avant qu'il eût le temps de se relever, l'une des roues lui passa sur la jambe gauche, puis sur la partie supérieure de la cuisse.

Le 28 on transporte le blessé à l'Hôtel-Dieu de Rennes, où l'on con-

(1) Mémoire sur les luxations coxo-fémorales en haut et en avant (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1847).

state une luxation de la cuisse gauche en haut et en avant, plus une fracture compliquée des os de la jambe du même côté. Le gonflement considérable de tout le membre et la gravité de la fracture paraissant à M. Guyot une contre-indication à toute tentative de réduction du fémur, on se borne à combattre l'inflammation en soumettant la jambe fracturée aux irrigations d'eau froide, qui sont continuées jusqu'au 9 mai.

Ajoutons que, pendant les premiers jours de son admission à l'hôpital, le blessé éprouva une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme. Cet accident ne se produisit plus à l'époque où je suivis les symptômes offerts par ce malade.

Le 10 mai, je procède à l'examen et je constate les faits suivants : Pierre André est un garçon d'une bonne santé habituelle, de taille et de force moyennes ; il est couché sur le dos ; le bassin est légèrement incliné du côté luxé, il en résulte que le genou gauche paraît un peu plus bas que le droit et qu'il y a un allongement apparent. La partie supérieure de la cuisse gauche est le siége d'un gonflement assez notable ; en mesurant comparativement la circonférence des deux cuisses dans le tiers supérieur, je trouve, à gauche, 49 centimètres ; à droite, 42.

On voit sur la partie antérieure de la jambe une eschare irrégulièrement arrondie de 5 ou 6 centimètres de diamètre, et déjà en partie détachée. La mobilité et la crépitation qui ont été constatées par M. Guyot ne laissent aucun doute sur l'existence de la fracture. Jambe gauche légèrement fléchie sur la cuisse, reposant sur sa face externe, ainsi que le pied. La cuisse également dans la rotation en dehors et dans l'abduction. En représentant l'axe du corps prolongé entre les membres par une corde tendue, le fémur forme avec cet axe un angle de 35 degrés. La cuisse n'est pas fléchie, mais dans une position moyenne entre la flexion et l'extension.

La région trochantérienne est déprimée à la vue ; le toucher fait encore mieux reconnaître en ce point un vide manifeste ; quant à préciser la situation exacte du grand trochanter, on ne le sent pas assez nettement pour établir ses rapports soit avec la crête iliaque, soit avec l'épine antérieure et supérieure.

Vers le milieu du pli de l'aine est une tumeur arrondie superficielle, dure au toucher, suivant les mouvements imprimés au fémur, et manifestement constituée par la tête de cet os. Cette tumeur donne 6 centimètres en travers et de bas en haut ; les doigts promenés sur elle de dehors en dedans commencent à sentir les battements de l'artère crurale au niveau de son tiers interne, mais ceux-ci sont plus forts et plus distincts lorsqu'on arrive aux limites internes de la tête osseuse.

Un lien tendu entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis croise la tumeur de l'aine et passe à 2 centimètres au-dessus de son centre, et à 1 centimètre au-dessous de sa partie la plus élevée.

En suivant avec les doigts l'espèce de corde formée par l'arcade crurale, on reconnaît qu'elle est refoulée en haut par la tête du fémur.

Du centre de celle-ci à l'épine iliaque antérieure et supérieure, la mensuration donne 70 millimètres; du même point à la symphyse du pubis, 80 millimètres; de la limite interne de la tumeur à l'épine du pubis, 35 millimètres.

Pour mesurer la longueur du membre luxé, j'ai donné à celui du côté opposé le même degré d'abduction : la jambe a été fléchie de la même manière, après quoi, j'ai tendu 1 mètre entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la base de la rotule, et j'ai eu, pour le côté luxé, 430 millimètres, et pour le côté sain, 450 millimètres; différence, 2 centimètres.

L'état général du sujet est assez satisfaisant; le pouls est à 80; la soif modérée, l'appétit bon; les fonctions digestives et cérébrales n'offrent aucun trouble. Ne voulant pas suivre jour par jour l'histoire de ce malade, je me bornerai à dire qu'aucun accident n'entrava la consolidation de la fracture, ni la guérison de la plaie qui suivit la chute de l'eschare.

Du 10 mai au 25 juin je visitai souvent André; je vérifiai chaque fois devant des élèves ou des confrères l'exactitude des symptômes indiqués ci-dessus.

Le 25 juin, la fracture étant consolidée, M. Guyot tenta la réduction de la luxation.

Le blessé étant couché sur le côté sain et convenablement maintenu par des lacs contre-extensifs, on fixa au-dessus du genou un drap plié en cravate, dont les deux chefs furent confiés à cinq ou six aides vigoureux.

Les tractions furent faites d'après la méthode classique, c'est-à-dire suivant la direction qu'occupait le fémur luxé; malgré les efforts soutenus de l'extension et ceux du chirurgien qui repoussait la tête de l'os en arrière et en bas, celle-ci ne changea pas de place.

Après quelques instants de repos, on recommença de nouvelles tentatives; mais cette fois, au lieu de faire tirer sur la cuisse étendue, on fit diriger les efforts des aides de manière à fléchir la cuisse sur le bassin. Cette seconde manœuvre n'ayant pas été plus heureuse, on s'en tint là, et le blessé fut reporté dans son lit.

Aucun accident ne survint. Le 1er août, André commença à marcher avec des béquilles. Lors de sa sortie, qui eut lieu le 20 septembre, la

tête du fémur était toujours au pli de l'aine ; il y avait de la claudication , mais le blessé commençait à appuyer sur le pied. Le membre, pendant la marche, était dans la rotation en dehors.

Désirant m'assurer de l'état dans lequel se trouve le membre, je me suis transporté le 27 juin 1852 à la ferme où demeure André.

Je le rencontrai au moment où il se rendait, à pied et sans appui, au bourg voisin, situé à quatre kilomètres de sa demeure ; j'eus tout le loisir de le voir marcher, et voici ce que je remarquai : il y a de la claudication ; chaque fois que le pied gauche se pose à terre, le bassin s'incline visiblement de ce côté. Le membre ne paraît plus dans la rotation en dehors , et le blessé a parfaitement conscience du redressement graduel qui s'est opéré. La pointe du pied est à peine inclinée en dehors ; elle n'est pas abaissée , et c'est le talon qui appuie surtout sur le sol. Le pied tend à se tourner vers le côté externe, comme l'atteste l'usure de la chaussure, qui est plus prononcée en dedans qu'en dehors.

Depuis un an, André marche sans bâton ; il se livre aux travaux de l'agriculture. Il fait souvent à pied trois ou quatre lieues ; mais alors il éprouve de la gêne , quelquefois même de la douleur dans l'aine gauche. Lorsque notre blessé veut monter à cheval, il est obligé de se tenir assis , le membre gauche ne pouvant se prêter à l'écartement nécessaire pour qu'il puisse se mettre à califourchon.

André s'étant déshabillé et couché sur son lit, je reconnais un amaigrissement notable de la cuisse gauche , la circonférence de sa partie moyenne n'étant que de 40 centimètres ; celle de la cuisse droite est de 49 centimètres. La jambe est étendue sur la cuisse , mais il n'y a aucun obstacle à la flexion du genou. Le membre n'est presque plus dans la rotation en dehors. Le raccourcissement n'a presque pas varié; il est maintenant d'un centimètre et demi , à droite, 45 centim. ; à gauche, 43 1/2. La tête du fémur ne forme plus à l'aine une tumeur aussi saillante ; elle semble avoir perdu sa forme arrondie, ce qui peut rendre compte de la diminution du raccourcissement. Les mouvements du fémur sur le bassin sont extrêmement bornés , on ne peut fléchir la cuisse à angle droit ; encore la flexion à angle obtus se fait-elle surtout aux dépens des mouvements de totalité du bassin. Dans l'abduction, la crête iliaque gauche s'élève , tandis que la droite s'abaisse.

Enfin, et ce phénomène est digne d'attention , notre blessé , qui , comme on se le rappelle , avait été atteint de rétention d'urine peu de jours après son accident , est sujet depuis ce temps à de l'irrégularité et de la difficulté dans la miction. Comme il n'a jamais été atteint de blennorrhagie, et qu'avant la luxation l'excrétion des urines se faisait

parfaitement, on doit supposer que la gêne actuelle est le résultat du déplacement de la tête fémorale; quant à l'explication de ce fait, nous avouons qu'il ne s'en présente pas de satisfaisante à notre esprit.

Obs III. — *Luxation de la tête du fémur en haut et en avant. Examen cadavérique huit jours après sa production.*

Le nommé Joseph Roulon, âgé de trente-cinq ans, domicilié à Guignen, département d'Ille-et-Vilaine, fut renversé par une voiture le 1er juin 1852, et l'une des roues lui passa sur la hanche droite. Transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes deux jours après l'accident, il y succomba dans la nuit du 6 au 7 du même mois, sans qu'il nous soit possible de préciser davantage les symptômes observés durant la vie. Ce n'est donc pas une observation complète que nous rapportons, c'est là sans doute une lacune regrettable; mais nous avons été dans l'impossibilité de faire mieux, n'ayant pas vu le blessé avant sa mort; nous savons seulement que pendant les premiers jours qui suivirent l'accident le blessé fut atteint de rétention d'urine, et qu'il a été sondé une fois par le médecin qui lui donna les premiers soins dans son pays, et une seconde fois le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Quant à la cause de la mort, nous ne pouvons non plus fournir à cet égard aucun renseignement précis; tout ce que nous savons, c'est qu'elle est survenue presque subitement, et sans que l'élève interne, qui avait vu le blessé le sixième soir, ait reconnu de maladie bien tranchée. Si l'autopsie eût été complète, nous saurions sans doute à quoi nous en tenir; mais il ne nous a pas été loisible de l'achever.

Malgré ces circonstances fâcheuses, nous espérons que les chirurgiens trouveront quelque intérêt dans la lecture de cette observation tronquée, et qu'ils nous pardonneront l'aridité des détails en faveur de la valeur intrinsèque de la pièce anatomo-pathologique que le hasard nous a fournie, et qui, sauf erreur de notre part, est la première de ce genre connue dans la science.

Le 8 juin, nous vîmes le cadavre à la salle d'autopsie; une observation superficielle nous ayant fait reconnaître qu'il présentait une luxation sus-pubienne du fémur, nous procédons à un examen attentif, et en présence de M. A. Guyot, professeur de clinique chirurgicale, et de nombreux élèves, nous constatons les faits suivants :

Le cadavre repose sur le dos; sa stature est moyenne, le système musculaire bien développé; il y a de la rigidité cadavérique.

L'aine droite est le siége d'une ecchymose qui se prolonge vers les régions fessière et crurale. Au niveau de sa partie centrale, les tissus sont soulevés par une tumeur appréciable à la vue; le toucher fait re-

connaître que cette tumeur est dure, arrondie, et qu'elle suit les mouvements imprimés au fémur. La cuisse, le genou et la jambe sont dans la rotation en dehors; la pointe du pied est tournée en dehors ; en un mot, le membre repose sur la table par sa face externe.

La cuisse, dans une légère abduction, est un peu fléchie sur le tronc, la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse.

Le membre pelvien du côté opposé est dans la rectitude, et appuie sur la table par sa face postérieure.

Du côté luxé, la région trochantérienne présente un vide très notable; on ne peut plus reconnaître au toucher la saillie du grand trochanter.

Mensurations. — Les deux membres étant placés dans la même attitude, un lien portant les divisions du mètre fut tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base de la rotule, alternativement du côté luxé et du côté sain : le résultat fut pour le membre luxé 42 centimètres, et pour le membre sain 43 : un centimètre de raccourcissement.

Les parties qu'il importait de conserver étant séparées du cadavre, nous commençâmes quelques heures plus tard la dissection, dont nous allons consigner ici la relation.

Après avoir mis à découvert les ganglions lymphatiques de l'aine, l'arcade crurale, la partie supérieure de la saphène et l'anneau inguinal, la paroi antérieure de l'infundibulum crural fut divisée pour isoler l'artère et la veine de ce nom; le pectiné, le psoas et le nerf crural furent ensuite disséqués avec soin; après quoi nous examinâmes la situation de la tête du fémur dont une portion apparaissait à nu immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, au côté *interne* de la veine fémorale et en dehors du pectiné.

L'artère et la veine crurales passent sur le milieu de la tête du fémur. Ces vaisseaux étant renversés de bas en haut, au-devant du ligament de Fallope, on découvre la tête du fémur, dont le tiers externe est encore masqué par un lambeau de la capsule articulaire. Vers le centre apparaît la dépression destinée à donner attache au ligament rond. Cette dépression regarde en avant et un peu en dedans. Une portion du ligament rond, longue de 25 millimètres, est restée attachée à la tête osseuse; son extrémité libre est inégale et frangée.

Le ligament de Fallope, soulevé par la tête du fémur, décrit à son niveau une légère courbe à concavité inférieure; un espace de 12 millimètres le sépare du centre de la portion de sphère articulaire qui regarde en avant (le sujet étant supposé dans la position verticale.)

De ce même point central : 1° à l'épine iliaque antéro-supérieure, la

distance est de 70 millimètres; 2° à la symphyse du pubis, 85 millimètres; du point le plus saillant de la partie externe de la tête au milieu de l'épine iliaque antérieure et inférieure, 20 millimètres; du point le plus saillant de la partie interne à l'épine du pubis, 35 millimètres.

Examinée en arrière, du côté de la cavité abdominale, la tête s'aperçoit, par l'anneau crural, appuyée sur la partie antérieure de la portion du pubis qui constitue la limite postérieure de cet anneau. A son côté externe existe encore la cloison fibreuse, dépendance du fascia iliaca, qui, tendue entre le pubis et l'arcade crurale, sépare la gaîne du psoas de l'infundibulum crural, où partie supérieure de la gaîne des vaisseaux cruraux. La tête du fémur n'est donc pas dans la gaîne du psoas, mais dans ce qu'on a appelé le canal crural.

En écartant avec précaution la tête du fémur de la surface sur laquelle elle repose, on constate qu'elle a laissé en ce point une légère dépression aux dépens des tissus fibreux sous-jacents, qui conservent ainsi son empreinte. *Aucun point de la surface diarthrodiale ne touche le rebord cotyloïdien; une distance de 15 millimètres sépare ce rebord de la ligne où commence le cartilage*, et c'est le col du fémur qui repose sur la partie supérieure et antérieure du bourrelet fibro-cartilagineux, de telle sorte que la tête se trouve, de l'autre côté du rebord du cotyle, appuyée sur la partie interne et antérieure de l'éminence iléo-pectinée. Ce fait capital a été vérifié par un grand nombre d'élèves et par plusieurs médecins.

Le sujet étant couché horizontalement sur le dos, un plan vertical tangent à la partie de la tête fémorale la plus voisine de la cavité abdominale rencontre le pubis en un point distant de 24 millim. du bord du cotyle. Une ligne verticale menée parallèlement à la face postérieure de la branche horizontale du pubis, et passant au niveau du point central de l'hémisphère postérieur de la tête, tombe sur le côté externe de l'orifice du canal sous-pubien.

Le muscle psoas et le nerf crural passent sur la face antérieure du col, qui est devenue externe. Ils se trouvent par cela même repoussés en dehors. L'extrémité inférieure du muscle se recourbe en dedans, au-dessous de la tête et du bord inférieur du col, pour gagner le petit trochanter, dont le sommet est dirigé en avant et un peu en dedans. Le psoas décrit donc une courbure qui embrasse le col en dehors et en bas. Nous aurons plus tard à rappeler cette disposition.

Le pectiné est recouvert dans une grande partie de sa surface antérieure de sang coagulé, noir, adhérant intimement aux fibres charnues, et pénétrant même entre celles-ci. Cette infiltration sanguine se propage en arrière des vaisseaux cruraux, vers le psoas, qui présente

aussi quelques ecchymoses. La tête du fémur repousse en dedans le pectiné, et la partie interne de cette éminence est recouverte par le bord externe du muscle, bord qui a subi des déchirures dans quelques-unes de ses fibres.

Le sommet du grand trochanter occupe la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde, dont il est séparé par une portion de la capsule et par plusieurs tendons. Celle de ses faces qui normalement regarde en dehors et un peu en avant est dirigée en arrière et un peu en dehors. De l'angle formé par la rencontre du bord supérieur de la même apophyse avec son bord antérieur à la partie la plus élevée du bord cotyloïdien, nous trouvons 20 millimètres; du même point à l'épine iliaque antérieure et supérieure, 84 millimètres.

En résumé, la tête du fémur, s'échappant par la partie supérieure et antérieure de la cavité cotyloïde, a franchi le bourrelet fibro-cartilagineux, et, repoussant en dehors le psoas, déjetant en dedans et soulevant le pectiné, est venue se loger derrière les vaisseaux cruraux, au-devant de l'éminence ilio-pectinée, vers le milieu de l'aine. Le fémur a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors, par lequel la portion de sphère osseuse qui regarde, normalement, en dedans et en arrière, s'est dirigée en avant et en dedans. Le grand trochanter a été porté en arrière, et s'est logé partiellement dans la cavité cotyloïde, en même temps que le fémur, décrivant un quart de cercle de rotation, a eu sa face antérieure portée en dehors, entraînant avec elle le reste du membre dans cette situation nouvelle.

Lésions de la capsule. — Le ligament capsulaire est déchiré transversalement à un centimètre de son point d'attache, au pourtour du cotyle, et cela dans l'étendue de la demi-circonférence antérieure de cette cavité. Dans le point où le col du fémur repose sur le bourrelet cotyloïdien, le lambeau de capsule resté adhérent à l'os coxal est replié en dedans, et les sépare l'un de l'autre.

Le lambeau externe ou fémoral de cette déchirure recouvre une portion de la tête, et forme, sur la partie antérieure du col, devenue externe, une sorte de bride résistante, qui maintient l'os dans la place qu'il est venu occuper par le fait de la luxation; de sorte que le col du fémur est pris dans une espèce de boutonnière constituée par cette bande fibreuse, appartenant à la capsule, et le bord de la cavité cotyloïde.

Lorsqu'on relève l'extrémité inférieure du fémur, comme dans la flexion de la cuisse sur le bassin, la bande fibreuse dont je viens de parler est manifestement relâchée, et le col devient plus libre. Si, au contraire, on abaisse le fémur, comme dans l'extension de la cuisse, sur

le bassin, et que l'on exerce *sur le même os une traction dirigée dans le sens de l'axe du membre, on voit la boutonnière qui embrasse le col exercer sur celui-ci une pression plus forte, et produire une sorte d'étranglement*. En même temps le grand trochanter s'enfonce dans le cotyle, et arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité. Ces faits ne devront pas être oubliés dans l'appréciation du mode de réduction qui doit être préféré.

La portion de la capsule fixée à la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde n'a subi aucune déchirure, mais elle est refoulée par le grand trochanter, qui se trouve ainsi séparé de l'intérieur de l'articulation. Entre la partie postérieure du grand trochanter et la capsule se trouvent les tendons des muscles pyramidal, obturateur interne et jumeaux. Un commencement de travail adhésif existe entre ces tendons et le ligament orbiculaire.

Muscles trochantériens. — L'obturateur externe est infiltré de sang; ce muscle est manifestement relâché. Le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux m'ont paru allongés. Le premier contenait dans son épaisseur plusieurs épanchements de sang. La flexion du fémur augmente l'allongement de ces derniers muscles, ainsi que celui des fessiers.

Reprenons maintenant les propositions que nous avons émises en tête de ce travail, et montrons qu'elles sont justifiées par nos observations, appuyées sur l'examen cadavérique du fait récent que nous avons rencontré.

1° Les luxations complètes en haut et en avant s'accompagnent bien des symptômes de la luxation classique; s'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.

Pour apprécier cette proposition, il importe de jeter un coup d'œil sur les assertions émises par M. Malgaigne touchant les luxations coxo-fémorales.

En 1836, ce chirurgien adressait à l'Académie de médecine une lettre dont nous extrairons les passages suivants : « Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque. Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles. Sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot, et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions, dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public au Bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes

étaient plus fréquentes peut-être que les complètes. Un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin; *je suis aujourd'hui fermement convaincu que toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes.* »

Après cette phrase si positive, on peut s'étonner de lire plus loin : « Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes, mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie. »

Quelques semaines plus tard M. Goyrand ayant adressé à la *Gazette médicale* une observation de luxation du fémur en haut et en avant, M. Malgaigne y ajouta quelques remarques, et disait entre autres choses : « Si tous ceux qui ont publié des faits de ce genre y avaient mis l'exactitude de cet habile observateur, on ne serait pas venu jusqu'ici donner comme une luxation complète un déplacement qui ne raccourcit le membre que de quelques lignes. *La tête du fémur a plus d'un pouce et demi en hauteur, et, en sortant de sa cavité, elle entraînerait un raccourcissement énorme*, qui, pour les luxations en haut et en avant, n'a jamais été observé (1). Il y a plus, c'est que pour cette luxation en particulier on peut constater sur le cadavre un phénomène qui ne se rencontre pas pour les autres. La luxation complète est ici rigoureusement possible sans déchirure complète de la capsule, mais alors la saillie *n'est plus au pli de l'aine, le raccourcissement est énorme, la rotation en dehors n'existe plus, et le membre est porté dans l'abduction.*

Au mois d'août 1847 M. Malgaigne écrivait dans son journal : « Ainsi donc, je professe aujourd'hui que ces luxations primitives complètes du fémur, que j'admettais seulement comme possibles en 1836, existent réellement, et j'espère en donner des observations incontestables. Mais, comme on le verra déjà dans ce Mémoire, elles sont singulièrement rares, en comparaison des autres, et *elles présentent des symptômes tout différents.* »

Dans le même mémoire, au mois de novembre 1847, M. Malgaigne ajoutait, en faisant allusion à Boyer : « Il n'y avait pas alors, on ne connaît pas même encore aujourd'hui d'autopsie de ces luxations (en haut et en avant) à l'état récent. »

(1) Nous espérons prouver plus loin que cette objection n'est pas fondée.

Sans doute! et c'est précisément ce qui donnait beau jeu à M. Malgaigne lorsqu'il demandait un seul exemple avéré de luxation complète. C'est aussi ce qui donnera de la valeur à la pièce que nous avons disséquée.

On voit sur cette pièce une luxation complète, puisque la tête est au delà du bord et non sur le bord de la cavité cotyloïde, et cependant le fémur est dans la rotation en dehors, la tête de cet os fait saillie au pli de l'aine, et le raccourcissement n'est pas énorme. Que signifient donc les assertions contraires du savant professeur? Certes, M. Malgaigne a vu ce qu'il a décrit, nous n'en doutons pas; mais il a pris l'œuvre de sa main pour modèle des déplacements accidentels, et c'est là le tort qu'il a eu. Il a produit sur le cadavre des déplacements exagérés auxquels il a réservé le nom de luxations complètes; il a constaté que dans ces cas le membre n'offrait pas les mêmes changements de conformation que ceux qu'ont indiqués les auteurs, et il en a conclu que dans les faits observés par ceux-ci la tête du fémur n'était pas où il venait de la placer. Nous sommes entièrement de son avis sur ce point; mais est-ce une raison pour ne pas admettre de luxations complètes? *La tête ne peut-elle pas se tenir dans un point plus éloigné que le bord du cotyle, et moins élevé que celui où M. Malgaigne place sa luxation complète avec les symptômes tout particuliers qui résultent de ce déplacement artificiel*?

Cette question est résolue aujourd'hui, grâce à notre dissection; et, à moins que M. Malgaigne ne nie le fait que nous soumettons à la Société de chirurgie, il faudra qu'en 1852 il fasse un pas de plus vers les doctrines généralement reçues, en s'éloignant de ses idées de 1836, comme il l'a déjà fait en 1847. Il faudra qu'il reconnaisse qu'une luxation complète du fémur en haut et en avant s'accompagne des symptômes de la luxation classique.

Dès lors, quand sur le vivant nous trouverons, comme dans nos observations I et II, ces mêmes symptômes, nous serons en droit de dire que nous avons affaire à des luxations bien véritablement complètes; non pas de ces luxations faites de toutes pièces, dans lesquelles il y aurait rotation en dedans et raccourcissement énorme, mais à des luxations pareilles à celle que nous avons disséquée, et dans laquelle la tête repose sur la partie antérieure de l'éminence

ilio-pectinée, à 18 ou 20 millimètres au delà du bord du cotyle. Dans notre première observation nous avons, il est vrai, reconnu 3 centimètres de raccourcissement, tandis que nous n'en voyons que 2 dans la seconde et 1 dans la troisième; d'où vient, nous dira-t-on, cette inconstance dans les résultats, si le déplacement est le même? Pour nous, cela prouve seulement une chose, c'est que les signes fournis par la mensuration ne doivent pas être pris en trop grande valeur, et qu'une variation de 1 centimètre pouvant avoir lieu, tantôt en plus, tantôt en moins, par le fait même du procédé employé, on aura souvent de légères différences. Chez notre second sujet, celui où nous avons trouvé 2 centimètres, la mensuration a été faite dans les meilleures conditions; elle a été répétée avec tout le soin imaginable à plusieurs reprises, tandis que chez les deux autres les précautions pour éviter une légère erreur n'ont pas été si minutieuses, et il est très possible que dans la première observation nous ayons 1 centimètre de trop, et dans la dernière 1 de moins.

Mais, nous dira M. Malgaigne, comment comprendre que la tête du fémur qui a plus de 1 pouce et demi d'épaisseur soit entièrement sortie de sa cavité, et que le raccourcissement ne soit que de 2 centimètres? Nous croyons pouvoir facilement répondre à cette objection.

Ce n'est pas la partie inférieure de la tête fémorale qui vient se placer sur l'éminence ilio-pectinée; la luxation ne se produit pas par un mouvement d'élévation du membre, mais bien par une rotation exagérée; le fémur tourne sur son axe, le col de cet os décrit un arc de cercle par lequel la tête se porte en avant et en haut, et c'est la partie supérieure de celle-ci qui, se dirigeant en arrière, vient s'appuyer sur l'os coxal : au moins, est-ce là ce qui ressort de l'examen de ma pièce et des symptômes observés sur mes deux autres blessés.

Deuxième proposition. — La tête du fémur repose sur le pubis.

« Dans la luxation antérieure et supérieure, dit M. Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*), on professe généralement que la tête est sur le pubis : de là la dénomination de luxation sur le pubis (A. Cooper) et de luxation sus-pubienne (Gerdy). Il y a d'abord ici une erreur anatomique que le moindre élève aurait pu recti-

fier; comme la tête et le col de l'os s'engagent dans l'échancrure ilio-pubienne, le fémur n'est pas même en contact avec le pubis; il repose sur le bord antérieur de l'ilium, et la luxation devrait s'appeler iliaque antérieure; mais ses rapports me paraissent mieux caractérisés en la nommant, comme l'échancrure par laquelle elle se fait, ilio-pubienne.

Nous ferons d'abord observer que, *si la tête et le col de l'os s'engagent dans l'échancrure, la tête ne pourra pas reposer sur le bord du cotyle, il faudra forcément qu'elle soit de l'autre côté.* Quant à la question anatomique, il suffit pour la résoudre de prendre l'os iliaque d'un enfant, d'examiner les trois portions de l'os non encore soudées entre elles, et de voir que l'éminence ilio-pectinée ainsi que la partie antérieure et supérieure de la cavité cotyloïde appartiennent au pubis, et qu'une lame cartilagineuse placée en dehors de l'éminence établit la séparation entre l'ilium et le pubis. Donc, puisque la tête repose sur l'éminence ilio-pectinée, elle est bien sur le pubis, et les dénominations de Cooper et de Gerdy étaient exactes. « Nous avions simplement accepté les noms qui nous étaient indiqués par nos devanciers. Ces noms, ne vous plaisent pas? Imaginez-en d'autres, c'est un passe-temps qui ne coûte pas grand chose. » Nous espérons bien que M. Malgaigne nous pardonnera de lui emprunter cette phrase qu'il nous adressait en 1847 : Le riche doit donner aux pauvres.

Troisième proposition. — La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure.

On se rappelle qu'en 1845 nous avons réduit avec la plus grande facilité, par la méthode en question, une luxation en haut et en avant; il est vrai que ce procédé a échoué chez le blessé qui fait le sujet de notre deuxième observation, mais l'ancienneté de la luxation rend compte de ce résultat; d'ailleurs, les manœuvres ne furent pas les mêmes que celles qui m'avaient réussi.

Au reste, l'examen de notre pièce permet de se convaincre des avantages de la flexion : nous avons vu que le col du fémur était serré dans une sorte de boutonnière dont la partie externe est constituée par une bande fibreuse appartenant à la capsule, et par le muscle psoas refoulé en dehors, tandis que la partie interne était formée par le bord de la cavité cotyloïde; d'autre part, le bord

de l'os coxal n'est nullement engagé dans l'échancrure postérieure du col du fémur comme dans une mortaise (1), et rien n'empêche la cuisse d'être fléchie. Mais on peut voir que ce mouvement a pour effet de relâcher le lambeau de capsule appliqué sur le col; en outre, le psoas, qu'une extension de la cuisse allonge évidemment, se trouve, au contraire, relâché par la flexion; en même temps, le grand trochanter sort de la cavité cotyloïde en déplissant la partie postérieure de la capsule qui contribue à remplir cette cavité.

Quand nous publiâmes notre première observation, nous ne pouvions avoir sur l'état de la capsule et du psoas des notions aussi certaines que celles que nous possédons aujourd'hui; cependant, nous disions: Voici par quel mécanisme nous paraît s'être effectuée la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde; en fléchissant la cuisse, nous avons déterminé le relâchement du muscle psoas iliaque, mais ce mouvement avait en même temps pour résultat d'augmenter la tension des muscles fessiers, pyramidal, jumeaux et carré de la cuisse; par conséquent, ces muscles exerçaient au niveau du grand trochanter une traction qui devait agir sur la tête de l'os pour la porter en arrière et en bas vers sa cavité. (*Archives de médecine*, février 1847.)

Nous pensons encore aujourd'hui que cette action des muscles trochantériens doit favoriser la réduction; mais le relâchement des bords de l'anneau qui étrangle le col nous paraît constituer l'avantage le plus grand de la flexion.

Quant au procédé opératoire propre à fléchir la cuisse et à lui imprimer un mouvement de rotation en dedans, on a vu dans le résumé de notre première observation celui qui nous avait réussi.

Maintenant, tout en nous apprenant que la méthode a déjà été employée avec succès dans des cas semblables aux nôtres par l'Homme, Larrey, Devilliers, etc., M. Malgaigne dit: « qu'il préfère le procédé dans lequel le chirurgien, plaçant le jarret du blessé sur son épaule, soulève la cuisse autant qu'il est nécessaire, en lui imprimant un léger mouvement de rotation en dedans, tandis qu'avec ses deux mains, il presse sur la tête luxée pour la repousser en arrière et un peu en dehors. »

(1) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale.*

C'est là une modification de détail, et nous sommes heureux d'enregistrer les faits rapportés par M. Malgaigne, puisqu'ils prouvent la bonté de la méthode que nous préconisons, et à l'appui de laquelle nous indiquerons encore une observation rapportée dans le tome IX[e] du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Félix, officier de santé à Mallemort (Bouches-du-Rhône).

Quant à nous, nous n'avons pas eu l'occasion d'employer de nouveau notre procédé pour une luxation en haut et en avant; mais nous y avons eu recours avec un plein succès, le 23 février 1852, pour réduire, sur un homme âgé de trente-six ans, une luxation en bas et en avant datant de trois jours.

Discussion.

Après la lecture du rapport de M. Maisonneuve, une discussion s'engage sur quelques-unes des opinions exprimées par le rapporteur sur la question des luxations incomplètes.

M. Larrey. Je regrette que M. Maisonneuve, dans son rapport sur l'intéressante observation de M. Aubry, n'ait pas jugé à propos de rappeler un fait comparable à celui-là, et d'autant mieux appréciable pour lui, que ce fait appartient à l'un de ses honorables compatriotes, M. Gély, de Nantes.

Considérant avec Boyer la luxation du fémur en haut et en avant comme très rare, M. Gély a eu en 1840 l'occasion, plus rare encore, d'apprécier anatomiquement une luxation de ce genre, ainsi que l'a déjà fait A. Cooper. Il en a donné connaissance à la Société anatomique, en lui envoyant le moulage en plâtre; il en a communiqué aussi l'histoire à l'Académie de médecine, il en a fait déposer la pièce pathologique au musée Dupuytren; et il en a publié l'observation détaillée (1).

M. Gély, enfin, dans une note annexée à cette observation, incline à admettre, avec M. Malgaigne, pour les cas analogues à celui-là, l'existence des luxations incomplètes.

M. Michon demande que le rapport de M. Maisonneuve soit publié. M. Aubry, en effet, a été attaqué assez vivement dans un journal au sujet de la définition des luxations incomplètes; il est bon de fixer l'attention sur ce point, qui est actuellement en discussion.

M. Gerdy ne comprend pas bien ce que l'on veut dire en désignant des luxations sous le nom de complètes et d'incomplètes; pour son

(1) *Examen pathologique d'une ancienne luxation du fémur en haut et en avant (iléo-pubienne)*. — Nantes, 1840.

compte, il a vu des déplacements articulaires dont la réduction se faisait avec une extrême facilité. Ainsi, sur un malade mutilé par une machine, il reconnut une luxation de la cuisse ; il se contenta d'exercer une pression sur l'os luxé, et immédiatement il reprit sa place. N'était-ce pas là une luxation incomplète? Le malade mourut par suite des plaies terribles qu'il avait reçues. Depuis trois ans le bassin est entre les mains de M. Malgaigne , qui n'a pas encore fait connaître le résultat de ses méditations sur ce sujet.

M. Maisonneuve dit qu'il existe dans la science bon nombre d'exemples de luxations coxo-fémorales qui ont été réduites avec facilité. Ainsi, un médecin du siècle dernier disait que rien n'était plus simple que d'opérer cette réduction ; il se contentait pour obtenir ce résultat d'exercer des tractions sur le gros orteil.

Quelquefois des luxations ne peuvent se réduire par les procédés usuels, et lorsqu'on a exécuté de nombreuses et vigoureuses tentatives de réduction , il suffit d'un simple mouvement pour remettre l'os en sa place. Ainsi, Larrey cite une observation de luxation qu'il n'avait pu réduire, lorsque, l'infirmier, en reportant le malade dans son lit, l'ayant déposé brusquement, immédiatement la réduction se fit.

On cite encore l'observation d'un malade qui, n'ayant pu être guéri de sa luxation et montant en fiacre pour retourner chez lui, avait placé sa jambe malade sur le marchepied de la voiture, lorsque les chevaux partirent; il en résulta une chute, et pendant cette chute le fémur reprit sa place. On appelle ces luxations incomplètes. Mais pourquoi les désigner ainsi ? dit M. Maisonneuve. Rien ne prouve que cela soit, et ne vaut-il pas mieux se contenter alors de désigner la luxation d'après la position que la tête occupe par rapport aux parties voisines?

M. Malgaigne a modifié la définition des luxations incomplètes d'une façon toute particulière , faisant rentrer dans cette catégorie la presque totalité des déplacements articulaires.

Mais dans la science le mot incomplet n'est pas ainsi compris , il a un sens bien plus tranché; il faut qu'une partie des deux surfaces articulaires reste encore en contact. Ce mode de déplacement est facile à concevoir et à expliquer pour des articulations planes, pour des articulations ginglymoïdales; mais dans une articulation orbiculaire, comme celle du fémur, je pense que c'est un non-sens. A peine peut-on, et à l'extrême rigueur , l'admettre pour l'épaule , mais jamais pour la cuisse.

M. Gerdy revient sur l'utilité et la convenance de désigner la luxation d'après la position que prend l'os déplacé par rapport aux parties

voisines. Il y a quinze ans, il avait insisté sur cette classification, ignorant que bien longtemps avant lui M. Roux avait eu la même idée.

M. Gerdy propose d'admettre une nouvelle espèce de luxation. Lorsque l'os déplacé prend facilement toutes les positions qu'on lui imprime, alors ce serait une *luxation vague*.

M. Roux rappelle que son travail sur la division et la dénomination des luxations remonte à déjà près de cinquante ans.

Quant aux luxations incomplètes, il n'en a jamais vu ; mais il les conçoit parfaitement, et il croit à leur existence.

M. Robert proteste contre l'assertion de M. Maisonneuve, qu'il trouve absolue. Il est très porté à admettre les opinions de M. Malgaigne ; seulement il ne croit pas à la fréquence aussi grande des luxations incomplètes ; mais il maintient qu'elles peuvent se rencontrer même dans les articulations orbiculaires.

Ainsi, dit M. Robert, j'ai montré à l'Académie de médecine une pièce qui ne peut laisser aucun doute sur ce sujet : il s'agissait d'une luxation ischiatique. Le bourrelet cotyloïdien avait été détruit, et la capsule n'était qu'incomplétement déchirée ; il en résultait que la tête fémorale, retenue encore par ce qu'il restait de la capsule, s'appuyait sur une partie du cartilage d'encroûtement de la cavité articulaire, dans l'échancrure rétablie par le fait de la destruction du bourrelet cotyloïdien. C'est bien là certainement une luxation incomplète dans le sens reconnu par presque tous les chirurgiens. Elles sont rares dans les articulations orbiculaires ; mais il y a des faits qui ne permettent pas de les nier.

M. Maisonneuve. Je constate que tous les membres de la Société s'entendent bien sur la définition des luxations incomplètes. Ils réservent cette qualification aux déplacements des surfaces osseuses, dans lesquels une certaine portion des parties constituantes de l'articulation se trouve encore en rapport. Nous devons donc nous en tenir à cette définition.

Quant à la possibilité de ce genre de luxation dans les surfaces orbiculaires, j'avoue que le fait cité par M Robert, fait que j'ignorais, doit modifier mon opinion.

M. Chassaignac insiste sur la valeur de l'observation signalée par M. Robert. Ce fait, qui n'est pas unique, permet d'admettre les luxations incomplètes, même dans les luxations orbiculaires.

Après des observations de MM. Robert et Denonvilliers, on décide que le rapport de M. Maisonneuve sera déposé dans les archives.

Trachéotomie dans un cas de croup. — Guérison.

M. le docteur Combes, de Saint-Germain-en-Laye, présente une jeune enfant âgée de cinq ans, sur laquelle il a pratiqué le 5 octobre 1852 la trachéotomie pour combattre les accidents ultimes du croup.

La guérison est complète. La cicatrice de la plaie du cou est très régulière.

Débris de sonde extraits de la vessie.

M. Chassaignac met sous les yeux de la Société les fragments d'une sonde élastique, dont un morceau, ayant à peu près 13 centimètres de longeur, s'était brisé et séjournait depuis seize heures dans la vessie d'un vieillard. Cet homme fut envoyé à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Recurt. Depuis plus de quarante-six ans que ce vieillard fait usage de sondes élastiques, rendues nécessaires par suite d'hypertrophie de la prostate, il ne lui était jamais survenu d'accident. Mais dans un moment de précipitation ayant pris une sonde plus ancienne et plus détériorée que les autres, celle-ci se brisa dans la vessie. Le malade apporta l'autre portion de la sonde, circonstance favorable en ce qu'elle facilita quelques recherches préliminaires à l'opération. On reconnut d'abord que la sonde, tout en ayant d'abord un aspect extérieur satisfaisant, était d'une friabilité telle, qu'elle se cassait sous le moindre effort quand on cherchait à le plier anguleusement. Cette circonstance imposait l'obligation d'employer une pince à pression douce sous peine de fragmenter la portion restée dans la vessie. L'instrument imaginé par M. Le Roy-d'Etiolles fut choisi après avoir été expérimenté sur la portion de sonde apportée par le malade. On procéda alors à l'opération. Le bassin ayant été soulevé au moyen d'un oreiller, une injection d'huile chaude fut introduite dans la vessie. La pince coudée, dont on se fera facilement l'idée en la comparant aux brise-pierres de Heurteloup, fut introduite, puis largement ouverte. Le corps étranger s'y engagea dès la première tentative et fut retiré par M. Chassaignac sans aucune résistance. Par une circonstance heureuse et sur laquelle il n'était guère permis de compter, le morceau de sonde fut saisi précisément à l'une de ses extrémités, de sorte qu'il suivit la direction de l'instrument extracteur, comme s'il en eût fait partie.

Les circonstances qui ont paru influer le plus sur l'heureux résultat de cette opération sont :

1° L'injection huileuse ;

2° La douceur de l'instrument ;

3° L'avantage inattendu et tout à fait fortuit de la saisie du bout de sonde par une de ses extrémités.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 28 janvier 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente à la Société un malade sur lequel il donne les détails suivants :

« Le malade que je présente à la Société est entré à l'hôpital Saint-Antoine pour un hygroma suppuré de la bourse correspondant à une gibbosité rachitique de la région dorsale. Cet homme, qui est atteint d'une luxation congénitale des deux fémurs, et dont les luxations sont, ainsi que cela a lieu constamment, des déplacements du fémur dans la fosse iliaque, possède la singulière aptitude de convertir par la seule action des muscles *ses luxations iliaques en luxations ischiatiques.*

Il possède, de plus, la faculté d'opposer les orteils de ses deux pieds bout à bout, les deux talons étant à l'opposite et les deux pieds exactement placés dans le même plan longitudinal. L'étude de cette attitude singulière nous a fait voir qu'elle dépend d'un triple mécanisme, que voici :

1° La luxation iliaque convertie en ischiatique sur un seul côté ;

2° Un mouvement de rotation de totalité du bassin autour de celui des deux fémurs qui reste en place, et représente le pivot du mouvement exécuté par le bassin ;

3° Enfin, d'un mouvement de rotation en dedans du tibia sur le fémur, mouvement qui s'exécute chez cet homme, non-seulement dans la flexion préalable de la jambe, comme cela existe pour tout le monde, mais même dans l'extension la plus prononcée du genou.

Ce sujet, qui représente à lui seul une petite collection d'anatomie pathologique, porte avec lui la preuve de ce qu'il y a de déraisonnable à tenter une opération dont on a parlé récemment, et qui consiste à pratiquer l'extirpation de l'appendice xiphoïde sans reculer devant l'ouverture de la cavité péritonéale. Chez lui, en effet, cet appendice, placé dans un plan tout à fait horizontal, est perpendiculairement di-

rigé entre les parties profondes de la région épigastrique ; or cet homme n'en a jamais éprouvé autre chose qu'un peu de gêne , et tout esprit sensé reculerait à l'idée d'une opération en pareil cas, la difformité entraînât-elle une névralgie aussi douloureuse qu'on peut l'admettre , névralgie qui a été considérée, dans le cas auquel nous avons fait allusion, comme ayant été un motif suffisant pour déterminer à ouvrir le péritoine et à extraire l'appendice osseux considéré comme cause de tout le mal.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Luër, qui adresse des appareils pour remédier aux déplacements de l'utérus. Ce sont les instruments de MM. Simpson et Valleix modifiés. (Remercîments)

2° M. Larrey dépose sur le bureau une observation de hernie traumatique du poumon, suivie de guérison, avec pièce anatomo-pathologique.

Cette observation, communiquée par M. Dufour, médecin aide-major au 3e régiment de spahis , est renvoyée à une commission, composée de MM. Larrey, Jarjavay et Morel-Lavallée, rapporteur.

Nomination.

M. Aubry est nommé membre correspondant de la Société.

Cystocèle inguinale.

M. Roux montre la pièce d'anatomie pathologique relative à la hernie inguinale dont nous avons reproduit l'observation dans le dernier compte-rendu.

La plus grande moitié de la vessie se trouve engagée dans le sac herniaire ; elle présente au niveau du col de hernie un rétrécissement qui permet à peine l'introduction du doigt. Du reste , M. Roux déclare n'avoir rien à ajouter aux détails donnés dans la dernière séance.

M. Morel-Lavallée fait remarquer que dans ce cas il n'y avait pas d'épiploon dans le sac herniaire. Dans un fait qu'il a observé , on retrouvait, en outre de la vessie et de l'intestin , une partie notable de l'épiploon, ce qui n'est signalé dans aucun ouvrage de chirurgie. En outre, il y avait étranglement de la vessie ; la membrane muqueuse était presque gangrenée.

Comme dans le fait de M. Roux, on avait méconnu la cystocèle. On crut, lorsque l'intestin eut été réduit, que la tumeur vésicale était formée par une hydrocèle ; on la laissa en place. Le malade mourut.

A l'autopsie, que M. Morel fit lui-même avec le plus grand soin, on reconnut la cystocèle. L'ouraque avait été entraînée avec la vessie. Du reste, chez ce malade, il n'y avait eu pendant la vie aucun symptôme du côté des organes génito-urinaires. Rien n'avait pu mettre sur la voie du déplacement de la vessie.

M. Marjolin. L'observation que vient de nous communiquer notre honorable collègue M. le professeur Roux est d'un grand enseignement; car elle nous prouve combien, dans certaines circonstances, le diagnostic peut offrir de difficultés, même pour les hommes les plus expérimentés. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait bien ici d'une hernie inguinale compliquée de cystocèle. Au premier abord, il semblerait que toute erreur soit impossible, et cependant il n'en est rien. Rappelez-vous un instant le fait si curieux qui vous fut communiqué par M. le professeur Pytha (de Prague), et vous verrez qu'il est des circonstances où le chirurgien se trouve bien embarrassé pour la conduite à tenir.

Le malade, qui était âgé de soixante-quinze ans, entra à l'hôpital avec tous les signes d'un étranglement herniaire datant de quatre jours. La tumeur du scrotum avait le volume de la tête d'un enfant. Outre cette affection, il était tourmenté depuis quarante-huit heures par une rétention d'urine complète. L'introduction de la sonde amena l'évacuation d'environ deux livres d'urine; quelques tentatives de taxis amenèrent de la diminution dans la tumeur, mais sans soulagement. Comme le malade était dans un état vraiment désespéré, M. Pytha ne voulut tenter aucune opération. J'avais vu le malade à son entrée à l'hôpital et j'assistai à l'autopsie. Ce qui se présenta au premier abord ressemblait tout à fait à la tumeur dont M. Roux nous a parlé; seulement le volume était beaucoup plus considérable. On pouvait, en comprimant la tumeur adossée à la paroi postérieure du sac herniaire et se continuant en apparence avec la vessie, faire refluer l'urine même par l'urètre. Tout devait faire croire qu'il s'agissait d'une hernie de vessie; cependant il n'en était rien, et ce ne fut qu'en ouvrant cette dernière qu'on reconnut qu'il y avait eu une infiltration urineuse sous-péritonéale causée par la chute d'une eschare gangréneuse.

Si l'état du malade eût permis de recourir à une opération, et qu'un chirurgien se fût trouvé en présence de cette complication inattendue, il est bien probable que le seul parti convenable à prendre eût été celui devant lequel nous aurions tous reculé; car il fallait, dans ce cas, inciser largement la tumeur, comme on le ferait dans une infiltration urineuse du scrotum. (Consulter l'observation insérée page 304 du tome III des *Mémoires de la Société de chirurgie*.)

LECTURE.

M. Blot donne lecture d'un travail intitulé : *De l'arthrite suppurée, de sa guérison possible avec conservation du mouvement.* (Commission : MM. Monod, Broca et Chassaignac, rapporteur.)

Tumeur cancéreuse ayant envahi le sinus maxillaire gauche, la fosse nasale du même côté et l'orbite. Destruction complète du nerf sous-orbitaire avec persistance de la sensibilité.

M. Gerdy donne un résumé de l'observation dont nous venons de donner le titre. Cette observation et un rapport de M. Houël sur l'examen anatomo-pathologique de la lésion, n'ayant pas été encore approuvés par la Société, seront insérés dans un prochain compte-rendu.

De la direction à donner aux incisions dans les opérations pratiquées sur la face.

M. Gerdy présente le masque moulé sur nature d'une jeune femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'une tumeur du sinus maxillaire. Pour rendre les traces de la cicatrice moins apparentes, le chirurgien a suivi autant que possible les sillons naturels.

Ainsi, l'incision longeant le côté du nez contourne la base de la narine et vient horizontalement jusqu'à la sous-cloison pour redevenir ensuite verticale, et suivre le sillon médian de la lèvre supérieure jusqu'au bord libre.

Cette longue incision ne laisse aucune trace sur le masque présenté par M. Gerdy. On remarque seulement une légère encoche au niveau du bord libre.

Anatomie pathologique.

M. Guersant présente une pièce anatomique trouvée chez un jeune garçon de huit ans ; c'est une énorme tumeur d'un tissu anormal, peut-être cancéreux, qui entoure de toutes parts le col de la vessie. On observe de plus un allongement considérable du col, et dans l'intérieur de cette partie des végétations polypeuses également de tissu anormal offrant moins de consistance que la tumeur principale ; il existe en outre une altération profonde des deux reins, augmentation de volume, ramollissement splénique de la couche corticale, dilatation des calices tapissés de fausses membranes et remplis de pus ; enfin, tuméfaction et rougeur de la muqueuse vésicale avec urine purulente.

Pendant la vie de l'enfant, ces altérations ne donnèrent d'autres symptômes qu'une rétention d'urine *datant de six mois*, avec tumeur

à la région hypogastrique, tumeur produite tout à la fois par la vessie distendue par l'urine et par la lésion organique, qui continuait à se faire sentir après le cathétérisme. De plus, des douleurs vives à la pression sur l'abdomen, sensibilité vive à l'extrémité de la verge, tumeur dans le rectum; enfin, fièvre continue; état général de souffrance, et le dernier jour de la vie convulsions continuelles pendant cinq à six heures avant la mort.

Le vice-secrétaire, LABORIE.

Séance du 2 février 1853.

Présidence de M. GUERSANT.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exostose du maxillaire inférieur. Ablation de la moitié gauche de la mâchoire. Guérison. — Considérations sur le manuel opératoire.

M. HUGUIER présente un jeune garçon sur lequel il a pratiqué l'amputation et la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. La guérison est actuellement complète. La pièce pathologique démontre qu'il s'agissait d'une exostose.

Dans trois cas déjà, M. Huguier a suivi un procédé opératoire sur lequel il fixe l'attention de la Société.

Il se contente d'une seule incision horizontale qui, partant de la commissure labiale, va jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille. Cette incision ainsi faite permet de ménager le nerf facial, et cependant ne rend pas plus difficile la désarticulation. En outre, la difformité reste très peu apparente.

A la suite de cette communication, M. Robert fait observer que, tout en reconnaissant au procédé suivi par M. Huguier l'avantage d'éviter sûrement la lésion du nerf facial, il ne faudrait pas cependant l'adopter en vue de ce seul avantage. La section du nerf facial n'est pas aussi grave qu'on le dit généralement. J'ai, dans plusieurs circonstances, dit M. Robert, vu disparaître, après un temps plus ou moins long, la paralysie qui suit la lésion de ce nerf.

Dans l'opération telle que la pratique M. Huguier, opération à laquelle j'ai assisté, je trouve un inconvénient assez grave, surtout

quand, par suite de l'affection de l'os, la mâchoire a acquis un volume considérable.

L'incision se trouvant en effet située assez bas au-dessous de l'articulation, et en outre son extrémité postérieure ne la dépassant pas en arrière, il en résulte de véritables difficultés pour attaquer l'article. Il faut, en effet, quelquefois disséquer le lambeau supérieur dans une assez grande étendue, et l'insuffisance de l'incision, qui s'arrête au niveau de l'article, augmente encore la gêne que l'on éprouve. Il en résulte que, pendant ce temps de l'opération le bistouri agissant peu librement, on court risque de léser des troncs artériels assez importants, et particulièrement la maxillaire interne.

M. Huguier ne reconnaît pas au procédé qu'il a suivi les inconvénients signalés par M. Robert. Dans tous les cas, et quel que soit le procédé, la désarticulation reste difficile. Ce reproche ne saurait être spécial au manuel qu'il a déjà mis en pratique dans plusieurs cas; et quant aux dangers relatifs à la lésion d'artères, et surtout de l'artère maxillaire, ils n'existent pas, puisque l'articulation est attaquée par sa face antérieure.

Cette opération s'exécute sur le cadavre avec une merveilleuse facilité.

Correspondance.

M. Blot adresse une demande pour être nommé membre titulaire de la Société.

M. Denonvilliers fait hommage à la Société d'un exemplaire du *Compendium de chirurgie.*

M. Broca fait don à la Société du *Journal de médecine en* 36 *volumes.*

M. Larrey fait hommage à la Société, de la part de M. le professeur Erhmann (de Strasbourg), de deux ouvrages in-folio, avec planches, du *Musée d'anatomie de la Faculté de Strasbourg.* La première de ces monographies a pour titre: *Histoire des polypes du larynx;* et la seconde est une *Description de deux fœtus monstres, dont l'un acéphale et l'autre monopode.*

Une commission composée de MM. Denonvilliers, Larrey et Giraldès fera un rapport sur les ouvrages de M. Erhmann et sur sa candidature au titre de membre correspondant.

Anatomie pathologique.

M. Broca a examiné au microscope la pièce pathologique présentée par M. Guersant dans la dernière séance.

La tumeur, prostatique et vésicale, était tout entière formée de tissu fibro-plastique. Du reste, à l'œil nu, la nature de l'affection pouvait être diagnostiquée. On ne pouvait faire sourdre par la pression aucune trace d'ichor cancéreux.

M. Guersant fait observer qu'il ne s'était pas prononcé sur la nature de la maladie.

Lecture.

M. Serres (d'Alais) donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le phosphène, ou anneaux de la rétine considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la rétine.* (Commission : MM. Lenoir, Robert et Debout, rapporteur.)

Réclamation à propos du procès-verbal imprimé de la séance du 6 janvier.

M. Forget demande la parole pour réclamer au sujet de quelques expressions qui lui ont paru blessantes dans la réponse que M. Lebert lui a faite dans la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques. Il se plaint surtout de ne pas retrouver avec exactitude le discours tel qu'il a été prononcé dans le sein de la Société.

M. Lebert répond à cette réclamation que tout en maintenant le fond scientifique de ses objections, il n'a pas eu l'intention de blesser les susceptibilités de M. Forget.

Le vice-secrétaire, E. Larorie.

Séance du 9 février 1853.

Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un jeune enfant âgé de quatre ans et demi, qui est affecté d'une énorme hydrocéphale. La santé générale reste assez bonne. M. Chassaignac fait suivre un traitement par l'iodure de potassium appliqué en frictions sur la tête. Depuis que ce traitement a été appliqué, on a constaté une diminution d'environ un centimètre.

M. Chassaignac fera connaître à la Société les résultats qu'il obtiendra.

M. Guersant, qui a de fréquentes occasions de voir, à l'hôpital des

Enfants, des hydrocéphales présentant ce degré de développement, dit que dans des cas analogues il n'a jamais vu de guérison, quel que soit, du reste, le traitement mis en usage. Il sera donc utile de suivre avec soin le malade de M. Chassaignac.

Correspondance manuscrite.

M. Camille Bernard adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre correspondant qui lui a été accordé dans une dernière séance.

— M. le docteur J. Roux (de Toulon), membre correspondant, adresse à la Société, avec une pièce d'anatomie pathologique, la lettre suivante :

« Monsieur le président, j'adresse à la Société de chirurgie de Paris, dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, le moignon d'un homme qui a subi, il y a deux ans et demi environ, l'amputation tibio-tarsienne, et qui accidentellement a succombé à une fièvre typhoïde.

» Vous le savez, monsieur le président, la désarticulation du pied en totalité a de nombreux partisans en Europe; elle a été pratiquée en France par MM. Baudens, Jobert (de Lamballe), Nélaton, Velpeau, Robert, Josse (d'Amiens) et par moi. Des procédés divers sont décrits dans les ouvrages didactiques; ils ont été exposés avec clarté à la Société que vous présidez par M. Gosselin. Enfin, les résultats avantageux de cette opération ont été publiés par les chirurgiens qui les ont obtenus, et quelquefois soumis à l'appréciation des sociétés savantes de la capitale.

» Ce qui manque pour achever l histoire de cette opération nouvelle, que je considère comme un grand progrès dans les amputations, c'est de bien connaître et de préciser avec exactitude, par l'anatomie pathologique, les conditions qui assurent la station et la déambulation facile sur le moignon.

» Pour arriver à ce résultat si désirable, j'ai l'honneur de vous adresser la première pièce susceptible d'éclairer une aussi importante question; et c'est pour donner plus d'authenticité, de durée et d'autorité aux documents qu'elle doit apporter à la science que je vous prie de la confier à un des membres de la Société de chirurgie, pour qu'après l'avoir disséquée il veuille bien faire connaître et apprécier à votre assemblée les résultats de son examen. Ensuite, vous jugerez sans doute convenable de faire déposer au Musée Dupuytren cette pièce, unique dans son genre.

» D'un autre côté, cet envoi n'est pas sans opportunité, après le rapport qui a été fait à votre Société, dans la séance du 15 décembre

1852, par M. Robert, sur un mémoire de M. Verneuil, ayant trait au résultat offert par le moignon d'une femme qui avait subi l'amputation tibio-tarsienne.

» M. le docteur Verneuil, ayant trouvé les deux branches du nerf tibial postérieur atteintes de névrite, et rattachant à cette inflammation l'impossibilité de la marche directe sur le moignon, est conduit à rejeter de la pratique le procédé à *lambeau plantaire latéral interne*, ou de réséquer les branches de ce nerf.

» Cette conclusion me paraît au moins prématurée, parce qu'elle est opposée aux résultats heureux qu'ont obtenus par ce procédé, et sans la résection des branches du nerf tibial, MM. Robert, Nélaton, Josse (d'Amiens) et moi. M. Nélaton en a même étendu l'application à l'amputation sous-astragalienne.

» Le moignon que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie est celui du condamné Etienne, dont on trouvera l'observation dans l'*Union médicale*, année 1852, page 147. Amputé par mon procédé à *lambeau plantaire latéral interne*, le 10 mai 1850, cet homme a succombé à une fièvre typhoïde le 26 septembre 1852. Après sa guérison, Etienne n'a cessé de marcher avec une simple bottine, en s'appuyant directement sur son moignon, et la mutilation qu'il avait subie gênait même si peu la marche qu'il avait été remis aux travaux de fatigue.

» Pendant sa vie, Etienne a été examiné par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, Gensoul (de Lyon), Jamain et Lenoir.

» L'examen du moignon permettra, je pense, de constater :

» 1° L'absence de callosités et d'excoriations du moignon ;

» 2° La continuité du tendon d'Achille avec l'aponévrose plantaire profonde et son insertion à la partie antérieure du moignon ;

» 3° L'absence de déformation du tibia dans la surface intermalléolaire, qui reste revêtue de la substance compacte ;

» 4° La formation secondaire d'une bourse synoviale favorisant les mouvements du moignon ; conditions sur lesquelles j'ai en partie fondé mon procédé, comme je l'ai indiqué dans un mémoire inséré en 1848 dans la *Gazette des Hôpitaux*.

» Agréez, etc. Jules Roux.

» Toulon, le 16 janvier 1853. »

Cette lettre et la pièce anatomo-pathologique sont renvoyées à une commission composée de MM. Gosselin, Robert et Verneuil.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Les *Archives de médecine pratique et de chirurgie de Prague*, 10e année, 1re partie (cet ouvrage est renvoyé à l'examen de M. Danyau);

2° Les numéros du 15 et du 30 janvier 1853 de la *Revue thérapeutique du Midi*, publiée par le docteur Saurel.

M. Guersant fait don à la Société :

1° Du *Traité pratique des maladies des yeux* de Lawrence ;

2° Du *Traité d'auscultation et de percussion* de MM. Barth et Rayer ;

3° Du *Traité du croup* de Desruelles.

Rapports.

M. Houel communique en ces termes le résultat de l'examen anatomo-pathologique d'une tumeur présentée par M. Gerdy :

« Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Gosselin et Houel, d'examiner une tumeur qui vous a été déposée par M. le professeur Gerdy. Votre commission a reconnu qu'il s'agissait d'un maxillaire supérieur droit qui avait été envahi par une tumeur très probablement de nature cancéreuse ; le plancher de l'orbite n'existait plus, il n'y avait pas trace de gouttière sous-orbitaire, la fosse canine était en grande partie détruite, et il nous a été impossible de retrouver le trou sous-orbitaire qui s'ouvre dans cette région. Il s'agissait de savoir si sur cette pièce la branche sous-orbitaire du nerf maxillaire supérieur existait encore.

» La pièce fut d'abord examinée à l'état frais, disséquée et analysée avec soin. La commission, après avoir constaté l'altération osseuse indiquée plus haut, n'a pu trouver trace du nerf sous-orbitaire ; sa destruction remontait jusqu'au niveau du trou grand-rond. Nous avons cependant constaté à la périphérie de la tumeur deux petits filaments nerveux, faciles à reconnaître, du volume d'un gros fil à coudre, libres par leur extrémité supérieure, perpendiculairement dirigés, et situés au niveau de la grosse tubérosité ou angle externe de l'os maxillaire; leur terminaison avait lieu au niveau de l'arcade alvéolaire, considérablement ramollie par la tumeur. Votre commission a pensé que l'on devait rapporter ces filaments à des branches des nerfs dentaires supérieurs ; ils en ont le volume et la direction. Ce sont les seuls cordons nerveux que nous avons pu constater.

» Pour compléter ce premier examen, la pièce fut plongée dans un mélange d'acide nitrique et d'eau ; l'acide fut mis peut-être en proportion trop considérable, car la masse cancéreuse se fondit en quelque

sorte, et dans le *magma* qui en résulta nous avons pu retrouver les deux petits nerfs dentaires déjà signalés ; ils étaient même devenus plus apparents ; mais il nous a été impossible de nouveau de retrouver trace du nerf sous-orbitaire, ni d'aucune autre ramification.

» D'après cet examen, votre commission s'est crue en droit de conclure que le nerf sous-orbitaire manquait dans la tumeur qui lui a été remise par M. le professeur Gerdy. »

M. Denonvilliers, après cette communication, demande à M. Houel si la dissection à laquelle il s'est livré lui permet d'affirmer que le nerf sous-orbitaire n'était pas resté, en partie du moins, en dehors de la tumeur.

Sur la réponse négative de M. Houel, M. Denonvilliers fait remarquer alors que ce fait de la persistance de la sensibilité aux parties qui reçoivent les ramifications du nerf sous-orbitaire ne saurait être considéré comme ayant, au point de vue de la physiologie, la valeur que M. Gerdy paraissait lui attribuer.

— M. Boinet donne lecture d'un rapport *sur un appareil à injections continues* de M. le docteur Foucault, de Nanterre.

M. le rapporteur, après avoir décrit l'appareil de M. Foucault, fait ressortir les avantages qui paraissent devoir lui acquérir le premier rang parmi les divers procédés d'irrigation continue usités jusqu'à ce jour, et il termine en ces termes:

« M. Foucault n'est pas un inconnu pour nous : déjà il vous a présenté une machine à extension très ingénieuse et très bien conçue pour la réduction des fractures et des luxations ; notre collègue M. Morel-Lavallée est chargé de vous en faire un rapport.

» D'un autre côté, M. le docteur Foucault, personnellement connu de plusieurs d'entre vous, est un praticien aussi modeste que distingué, qui sera heureux d'obtenir le titre de membre correspondant, qu'il sollicite et que votre commission propose de lui accorder. »

M. Huguier rappelle que dans l'historique des injections continues M. le rapporteur a oublié de mentionner M. J. Cloquet, qui des premiers en avait conseillé et propagé l'emploi.

M. J. Cloquet remercie M. Huguier de l'observation qu'il vient d'adresser à M. Boinet, et entre dans les détails suivants.

« En 1819, en 1820 et en 1821 je m'occupais du traitement des calculs urinaires ; j'avais espéré pouvoir les dissoudre en faisant parvenir dans la vessie un courant d'eau. C'est alors que je fis construire une sonde à double courant, et je pratiquai des injections continues qui purent être prolongées dans quelques cas pendant vingt-quatre heures.

» C'est avec cette sonde que j'introduisis des eaux alcalines pour connaître leur influence sur la dissolution des calculs. (Mémoire couronné en 1821 par l'Académie des sciences.)

» J'ai étendu l'usage de ces injections à d'autres affections. Ainsi, dans les cas d'empoisonnement j'ai proposé des injections dans l'estomac. J'en ai employé dans certaines affections du rectum. »

M. Cloquet décrit ensuite le procédé qu'il suit pour injecter un liquide dans le rectum lorsqu'il y a paralysie et que l'on ne peut donner un lavement par les procédés ordinaires. Il bouche l'extrémité inférieure de l'intestin avec un corps étranger; il s'est servi d'une carotte qu'il perforait dans le centre pour permettre l'introduction d'une canule. Il a étendu ce procédé aux injections continues vaginales, et il le préfère à tous les autres moyens usités.

M. Larrey prend ensuite la parole. « Qu'il me soit permis, dit-il, d'ajouter quelques mots à l'observation de M. Cloquet sur la sonde à double courant. Lorsque j'avais l'honneur de le suppléer, il y a une douzaine d'années, à l'hôpital des Cliniques, j'ai eu occasion d'employer avec avantage son ingénieux instrument, bien connu d'ailleurs des chirurgiens, et mis en usage par plusieurs d'entre eux. C'est pourquoi je regrette que M. le rapporteur n'ait pas comparé cet appareil à celui de M. Foucault, comme il lui a comparé l'irrigateur d'Eguisier, en refusant à celui-ci la part d'éloges qu'il mérite incontestablement. »

M. Larrey signale en outre plusieurs chirurgiens également oubliés par M. Boinet, qui cependant se sont fructueusement occupés de cette question : tels sont Bérard, MM. la Corbière, Amussat fils.

M. Cloquet rappelle aussi que bien avant lui Hals avait aussi imaginé et employé une sonde à double courant.

M. Forget joint sa réclamation en faveur d'Eguisier à celle de M. Larrey. Eguisier, mort depuis trois ans et demi, aurait pu de son vivant tirer grand parti de son invention, mais il n'a jamais voulu en faire une spéculation.

M. Forget dit en terminant que, pour son compte, il trouve le parallèle établi entre le nouvel appareil et celui d'Eguisier trop favorablement présenté en faveur de M. Foucault.

M. Boinet répond aux reproches qui lui sont adressés qu'il connaissait parfaitement la sonde à double courant de M. Cloquet, mais qu'il ne savait pas l'application qu'il en avait faite aux irrigations vaginales continues.

Quant aux éloges qu'il donne à l'appareil de M. Foucault, il les maintient, et il ajoute que cet honorable confrère n'a pas eu d'autre

but, en faisant sa communication à la Société, que de généraliser l'emploi d'un procédé qui lui a paru très utile dans la pratique.

M. CHASSAIGNAC, à propos de l'historique des divers procédés d'injection, rappelle la sonde à injections récurrentes dont il a présenté le modèle à la Société il y a plus d'une année.

M. GIRALDÈS demande que les conclusions du rapport soient renvoyées après la lecture du deuxième rapport que M. Morel-Lavallée doit présenter sur l'appareil à fractures de M. Foucault. Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est adoptée après quelques observations de M. Denonvilliers sur la parfaite honorabilité du candidat.

Présentation d'appareil.

M. Martin (Ferdinand) présente un appareil de son invention applicable au traitement des fractures du fémur; cet appareil a déjà été employé par M. Nélaton. Dans une prochaine séance, M. Martin déposera un travail sur ce sujet.

Nouvel appareil pour aspirer le sang, les mucosités et les fausses membranes contenus dans la trachée et les bronches après la trachéotomie.

M. CHASSAIGNAC, ayant eu récemment l'occasion de pratiquer la trachéotomie, a été frappé des graves accidents qui résultent de l'accumulation des mucosités et du sang dans la trachée lorsque le malade est trop faible pour parvenir à les repousser au dehors. On a dans ces cas pratiqué l'aspiration ou avec la bouche appliquée sur les bords de la plaie ou d'une manière médiate avec une sonde introduite dans la trachée même. A ces moyens, que la nécessité seule peut faire admettre, M. Chassaignac propose de substituer un appareil nouveau qu'il n'a pas encore appliqué.

A la canule interne, il adapte un tube qui communique par un sac de caoutchouc avec une ventouse, dans laquelle il fait le vide avec une pompe aspirante. Pour empêcher l'introduction de l'air pendant qu'on fait jouer l'appareil, M. Chassaignac bouche hermétiquement l'intervalle qui existe entre les deux canules à l'aide d'une virole de caoutchouc; ainsi préparé, l'appareil fonctionne parfaitement.

Le vide est par ce moyen bien mieux obtenu que par la succion, qui ne laisse pas que de présenter dans certains cas des dangers pour l'opérateur.

M. GUERSANT trouve cet instrument ingénieux; il croit qu'il pourra rendre de véritables services.

M. Morel-Lavallée demande à M. Chassaignac s'il a eu recours à l'injection d'une petite quantité d'eau dans la trachée lorsque le malade ne pouvait parvenir à expulser les corps étrangers contenus dans les voies aériennes.

M. Chassaignac répond qu'il repousse cette pratique, adoptant en cela les préceptes établis par M. Guersant.

M. Guersant fait remarquer qu'il emploie quelquefois les injections d'eau, mais qu'il prescrit absolument les liquides chargés d'un principe caustique ou acide.

M. Chassaignac persiste à repousser les injections d'eau, qui, au rapport de M. Miquel, d'Amboise, ont déterminé des pneumonies lobulaires.

M. Morel-Lavallée croit volontiers à l'utilité de l'appareil de M. Chassaignac lorsque le malade est très faible; mais en dehors de ces cas, ajoute-t-il, j'ai très bien réussi en me contentant d'injecter quelques gouttes d'eau dans la trachée.

M. Boinet a opéré, il y a quelques semaines, un malade qui a parfaitement guéri. Il était d'une extrême faiblesse, et pour débarrasser la trachée il a fallu introduire une sonde de gomme élastique et aspirer. Deux jours après l'opération, un nouvel amas de pseudo-membranes s'étant formé, il pratiqua avec succès la même opération. L'introduction du corps étranger n'a produit aucun accident.

M. Denonvilliers approuve en principe l'appareil de M. Chassaignac; il s'agit seulement d'en régler l'emploi, et en outre il propose quelques modifications dans sa structure.

M. Guersant insiste sur les préceptes auxquels on a fait allusion; il admet volontiers l'introduction d'un instrument dans la trachée, mais à la condition qu'il ne porte avec lui aucune substance médicamenteuse active : c'est là du reste ce que propose M. Miquel, d'Amboise.

M. Chassaignac repousse absolument la pratique suivie par M. Boinet; l'introduction d'un corps étranger poussée aussi loin présente de très graves dangers; on peut, en effet, par ce procédé refouler les corps étrangers et déterminer des accidents mortels.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 16 février 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Debout met sous les yeux de la Société le jeune blessé qu'il lui a présenté il y a quelques mois; il est actuellement complétement guéri des accidents névralgiques déterminés par la lésion du nerf sciatique. A cette époque, sous l'influence du retour de l'innervation des muscles placés sous la dépendance du poplité interne, le pied subissait un mouvement de déviation en dedans et d'enroulement qui tendait chaque jour à se prononcer davantage.

Quelle était, dit M. Debout, la conduite à tenir en cette circonstance ? Abandonner le blessé, c'était s'exposer à voir se développer chez lui un pied bot semblable à celui survenu chez un militaire atteint d'un biscaïen qui traversa la cuisse, et dont Delpech donne l'observation dans son *Orthomorphie* (t. I, p. 71). Tenter de rendre le mouvement aux muscles paralysés à l'aide de l'électrisation n'était pas possible, puisque c'est seulement après le sixième mois que l'innervation se rétablit au plus tôt dans les cas de lésion traumatique des nerfs. En attendant l'époque à laquelle l'électrisation pourrait intervenir avec chance de succès, M. Debout a fait porter à son malade des appareils semblables à ceux que l'on applique aux individus affectés de pied bot. Un premier appareil a eu pour but de redresser le pied ; puis, les surfaces articulaires rendues à leur forme normale, on a pu commencer l'emploi de l'électricité, et le jeune homme marche aujourd'hui toute la journée avec une bottine à laquelle est adapté un ressort remplissant l'office des muscles extenseurs paralysés.

Sous l'influence de l'action de l'électricité, employée depuis le 4 novembre, les muscles péroniers, jambier antérieur, extenseur commun des doigts, extenseur propre du gros orteil, qui étaient fortement atrophiés, ont repris rapidement leur volume normal; ainsi la jambe, qui le 4 novembre mesurait à la hauteur du mollet 25 centimètres, donnait 28 centimètres le 4 janvier. Depuis le volume de la masse musculaire n'a plus augmenté, mais la contractilité tonique paraît revenir ; les doigts ont une meilleure attitude, la pointe du pied tombe moins, et le malade marche dans sa chambre le soir et le matin sans appareil.

Le but de M. Debout en présentant ce malade est d'appeler l'attention de ses collègues sur cette évolution progressive des phénomènes sur laquelle il a insisté dans son mémoire : retour successif de la nutrition, de la tonicité, des mouvements volontaires, enfin de l'irritabilité musculaire. Ce malade n'a encore bénéficié que des deux premiers résultats, mais leur manifestation est un signe certain du retour des autres et de la guérison complète du malade. M. Debout soumet successivement tous les muscles malades à l'action d'un courant très énergique, afin de faire constater la perte de la contractilité électrique, qui a été donnée dans ces derniers temps comme un signe caractéristique des paralysies dues à la lésion traumatique des troncs nerveux.

M. Huguier, qui a donné les premiers soins au malade, reconnaît les bénéfices obtenus par le traitement appliqué par M. Debout, quant à la névralgie, qui est en effet disparue.

Mais, quant à la déviation, elle ne méritait pas le nom de pied bot ; c'était une simple déviation en dedans. A ce point de vue, le traitement n'a pas été suivi d'un grand succès, car sur le malade on retrouve encore la déviation presque aussi marquée.

M. Robert ne pense pas, quant à présent du moins, que le fait signalé par M. Debout puisse être considéré comme de grande valeur. Il faudra le suivre ultérieurement pour apprécier ce qu'il peut offrir de véritablement intéressant au point de vue de la disparition de la paralysie.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit deux opuscules imprimés intitulés :

Das chirurgische und augenkranken-clinicum der Universität, Erlangen; vom. I; october 1851, bis zum 15 september.

Von Dr F. Heyfelder, professor der medicin und director des universitäts-krankenhauses, sowie der chirurgischen klinik.

Le second opuscule porte les dates : October 1850, bis zum 30 september 1851.

M. Broca entre dans les détails suivants sur les principaux faits contenus dans ces opuscules :

Parmi les cas les plus curieux, on remarque les suivants :

1° Extirpation de la rotule pour une carie de cet os sur un garçon de dix-sept ans. Aucun accident, mais la plaie ne se referme pas, et trois mois après l'opération on reconnaît que le fémur et le tibia sont atteints de carie. Amputation de la cuisse ; guérison complète en un mois.

2° Carie de l'omoplate sur un homme de trente et un ans; résection de l'angle inférieur de cet os. Vaste suppuration gagnant l'articulation scapulo-humérale et fusant le long du bras. Carie de la 5e et de la 6e côte du même côté; mort un mois après l'opération.

3° Résection du col du fémur et du grand trochanter pour une coxalgie très ancienne sur un garçon âgé de vingt-trois ans. Aucun accident. La plaie se referme, mais les fistules qui existaient avant l'opération ne se cicatrisent pas. Amélioration de l'état général; deux ans après, nouveaux abcès, épuisement par la suppuration. M. F. Heyfelder se décide à pratiquer l'ablation du membre inférieur. Cette opération fut rendue très difficile par l'état des parties; on reconnut que l'os iliaque était carié dans une grande étendue. Résection de la cavité cotyloïde; *ablation de toute l'épaisseur de la branche horizontale du pubis* dans une longueur de deux pouces. Mort deux heures après l'opération.

4° Désarticulation de la hanche sur un garçon de treize ans pour une carie de l'extrémité supérieure du fémur (méthode ovalaire). Il ne survient aucun accident immédiat. L'enfant reprend rapidement des forces et de l'embonpoint. Dévoiement intense le quarantième jour. On en triomphe par l'opium. Deux mois et demi après l'opération, l'enfant quitte l'hôpital dans un état qui permet d'espérer une guérison complète, quoique la suppuration ne soit pas encore tarie.

5° Désarticulation de l'épaule pour une carie de l'humérus sur un homme de trente-sept ans (procédé de Lisfranc). Excision de la cavité glénoïde. Aucun accident. Réunion par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie. Au moment où l'observation a été publiée, trois mois s'étaient écoulés depuis l'opération; le malade était dans le meilleur état, mais la plaie n'était pas encore complétement cicatrisée.

6° Anévrisme poplité d'un volume énorme, sur un garçon de vingt ans, avec érosion du fémur. Ni pulsations ni souffle anévrismal. Ponction exploratrice montrant que l'os est malade. On ne reconnaît pas l'anévrisme. Amputation de la cuisse au tiers supérieur. Artérite, phlébite, infection purulente. Mort le vingtième jour.

7° Amputation partielle de la main; ablation des deuxième, troisième et quatrième doigts et de leurs métacarpiens. Conservation du pouce et de l'auriculaire, sur un vieillard de soixante-dix ans atteint de carie. Guérison en un mois.

8° Ablation des deux maxillaires supérieurs pratiquée le même jour sur un garçon de vingt ans; guérison rapide.

9° Résection de presque toute la poignée du sternum. Aucun accident; mais il reste une petite fistule.

10° Résection d'une côte cariée; guérison en deux mois; sans accident.

11° Observation d'un *énorme anévrisme de l'artère intercostale* non diagnostiqué. Ablation de la tumeur commencée et interrompue. Mort au bout de quelques jours; autopsie détaillée.

On remarque encore deux désarticulations tibio-tarsiennes, une désarticulation tarso-métatarsienne, *dix* résections de l'une ou l'autre mâchoire, une hernie obturatrice étranglée et réduite, un très grand nombre de tumeurs de diverse nature, etc. On voit que le recueil de M. Heyfelder renferme des documents précieux. Il est à désirer, toutefois, que le fascicule de l'année prochaine vienne compléter certaines observations, dans lesquelles le résultat définitif n'a pu être indiqué cette année.

— M. le docteur Isidore Henriette, médecin de l'hospice des Enfants trouvés et abandonnés de la ville de Bruxelles, adresse un mémoire imprimé, portant pour titre: *Des injections nasales considérées comme moyen d'alimenter les nouveau-nés et de leur administrer les médicaments.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Guersant et Morel-Lavallée.

Correspondance manuscrite.

M. Demarquay commence la lecture d'un mémoire de M. Michel, de Strasbourg, intitulé: *Mémoire sur la distinction des tumeurs en homologues et hétérologues.*

Dans la prochaine séance, la lecture sera continuée et terminée.

— M. Denonvilliers dépose sur le bureau, au nom de M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, une observation d'un cas de mort causée par le chloroforme. (Commission: MM. Robert, Larrey et Denonvilliers.)

— M. Giraldès communique à la Société une lettre qu'il a reçue du docteur Andrew Smith, inspecteur général du service de santé de l'armée britannique, qui accuse réception des Mémoires et des Bulletins de la Société de chirurgie adressés à la Bibliothèque de l'armée.

— M. Jarjavay dépose sur le bureau une observation d'abcès du foie présentée par M. le docteur Mascarel (Jules), chirurgien de l'hôpital de Châtellerault (Vienne), membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. Laborie donne l'analyse de cette observation :

« Le malade dont il s'agit était âgé de soixante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, et jouissait d'une bonne santé habituelle, lorsque, il y a dix-huit mois, à la suite de chagrins, il éprouva pour la première fois des troubles dans les fonctions digestives.

» Le 24 juin 1852, apparurent de violentes douleurs à l'épigastre avec vomissements bilieux abondants ; puis selles également bilieuses, diarrhée opiniâtre, etc.

» M. Faulcon, médecin ordinaire du malade, employa successivement des sangsues, des préparations mercurielles, des bains ; il y eut sous l'influence de cette médication une assez grande amélioration, mais momentanée seulement. D'autres accidents se montrèrent du côté de la poitrine et de l'hypocondre droit.

» Alors apparut au niveau et en avant des trois dernières fausses côtes une petite intumescence, qui, sous le doigt, était plutôt celle d'un empâtement que le résultat d'une fluctuation ; mais en portant son examen dans le même sens et immédiatement au-dessous du rebord de la poitrine, on découvrit une tumeur peu volumineuse, bien arrondie, fluctuante, paraissant située au-dessus et en dehors de la vésicule du fiel.

» Ce fut alors que M. Mascarel se décida à tenter l'ouverture de cet abcès. L'état du malade était déplorable.

» Au quarante-cinquième jour de la maladie, l'opération suivante fut pratiquée.

» Dans le troisième espace intercostal, en comptant de bas en haut, fut pratiquée une incision de cinq centimètres, parallèle aux côtes. Une sonde cannelée fut introduite dans l'incision, et on arriva à déterminer l'issue de sang mêlé de pus phlegmoneux.

» Alors, explorant les profondeurs de la plaie avec la pulpe de l'indicateur de la main gauche, l'opérateur reconnut qu'il existait une fluctuation plus profonde ; il plongea le bistouri en ce point, et il fit immédiatement jaillir un flot de pus phlegmoneux jaune, bien lié et d'une odeur stercorale tellement prononcée que les assistants pensèrent que le malade venait d'évacuer dans son lit.

» Il sortit environ 250 grammes de pus. Une sonde put pénétrer dans le foyer à une profondeur de 16 à 18 centimètres et s'y mouvoir librement. Un longue mèche enduite de cérat, des plumasseaux de charpie, un large cataplasme et un bandage de corps composèrent le pansement. Il y eut immédiatement un grand soulagement.

» Jusqu'au septième jour tout alla bien, la suppuration diminua sensiblement ; mais, à cette époque, le malade eut une indigestion qui

fut le signal d'accidents graves : frissons, fièvre, suppuration fétide, etc.

» Le dix-septième jour après l'opération, la mort survenait.

» L'autopsie n'a malheureusement pu être faite. »

— M. Vidal (de Cassis) présente au nom de M. Coste, de Marseille, une observation intitulée : *Cancer encéphaloïde de l'aisselle. Les vaisseaux et les nerfs axillaires sont placés au-devant de la tumeur morbide, qui n'en est pas moins complétement enlevée. Nul accident après la lésion et la ligature de la veine axillaire. Guérison rapide.*

M. Vidal (de Cassis) signale l'importance de cette observation, qui présente un exemple intéressant d'une très remarquable opération. Il propose que la lecture de ce travail soit faite en entier dans une prochaine séance. (Adopté.)

(Commission : MM. Gosselin, Maisonneuve et Follin.)

Communication.

M. Broca donne lecture d'un nouveau mémoire sur les luxations du pied. Ce mémoire est intitulé : *Des luxations médio-tarsiennes.*

La lecture sera continuée dans la première séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeurs cancéreuses enkystées de l'aisselle.

M. Marjolin fait la communication suivante :

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux m'a paru digne d'un certain intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique; ce serait une tumeur cancéreuse d'une espèce assez rare. Elle provient du creux de l'aisselle, et semblait par son siége, sa forme et son développement, appartenir à un engorgement tuberculeux des ganglions lymphatiques.

La malade qui fait le sujet de cette observation est âgée de cinquante-sept ans. Jusqu'à ces derniers temps elle a joui d'une très bonne santé. Il y a deux mois elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une petite tumeur de l'aisselle gauche; son volume était celui d'une petite noix. Comme elle n'éprouvait aucune douleur elle négligea de s'en occuper. Dans le milieu du mois de janvier ayant commencé à éprouver quelques élancements, et trouvant que le volume augmentait, elle entra dans mon service.

A cette époque je trouvai que le bord antérieur de l'aisselle était rempli par une tumeur mobile inégale et composée de plusieurs noyaux bien distincts qui remontaient jusque vers le sommet de l'aisselle et sous le muscle grand pectoral. Pensant qu'il s'agissait tout simplement

d'un de ces engorgements ganglionaires si fréquents dans cette région, je soumis la malade à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur. Dans les premiers jours il me sembla qu'il y avait un peu d'amélioration : la tumeur était plus petite. Mais ce changement était tout simplement le résultat de la diminution d'engorgement du tissu cellulaire environnant. En effet, au bout de peu de jours je m'aperçus que la tumeur augmentait sensiblement; son volume avait presque doublé, la dureté était la même, et les élancements devenaient plus fréquents.

Il n'y avait plus à hésiter, tout retard devenant préjudiciable à la malade et pouvant rendre l'opération plus difficile. Je pratiquai l'extirpation de la tumeur le 14 février. Une incision verticale de 7 centimètres mit à découvert la tumeur la plus inférieure, et après avoir disséqué un peu le tissu cellulaire je pus très facilement l'énucléer avec l'index. Restaient les autres tumeurs situées plus profondément, et qui par leurs rapports avec les parties voisines pouvaient rendre l'opération pénible. En plongeant l'index dans l'aisselle pour m'assurer de leur position, je vis qu'elles n'étaient unies que par un tissu cellulaire très lâche, et en quelques instants je parvins à les énucléer sans a moindre difficulté. Une fois assuré qu'il ne restait plus aucun tissu d'une consistance suspecte, je rapprochai doucement les lèvres de la plaie, désirant n'obtenir de réunion que par seconde intention, afin que la plaie pût se déterger convenablement.

Des trois tumeurs qui occupaient l'aisselle, la plus considérable était du volume d'un marron, un peu aplatie. Son enveloppe, mince et assez transparente, permettait de voir que le tissu renfermé était d'un rose pâle, et même un peu jaune. Tout semblait faire présumer que c'était un engorgement de nature tuberculeuse. En fendant ces tumeurs on trouvait un tissu rosé, ponctué d'une infinité de petits points jaunes et laissant suinter un suc assez épais.

J'ai renvoyé ces tumeurs à M. Robin, qui a eu l'obligeance de les examiner et de me transmettre les résultats de son examen.

Ces tumeurs sont composées :

1° De cellules cancéreuses généralement grandes, à noyaux souvent doubles ou triples très développés, à nucléole également volumineux, brillant. Beaucoup de cellules sont réunies en nombre variable et forment des amas jaunâtres quelquefois visibles à l'œil nu, arrondis, ovoïdes ou irréguliers; rarement elles prennent dans ces amas la forme polyédrique, constante en pareil cas dans les tumeurs épidermiques.

Les plus petits ganglions renferment des éléments cancéreux identiques en tous points à ceux des plus gros.

2° On trouve de plus quelques rares épithélium nucléaires sphériques, éléments propres aux ganglions, un peu plus nombreux dans les petits ganglions que dans les gros.

3° des éléments fibro-plastiques très peu nombreux.

4° De la matière amorphe et des granulations moléculaires.

Voici ces tumeurs; et comme tout, depuis la manière dont elles se sont manifestées, leur état enkysté et leur aspect physique, semble dénoter une affection d'un genre peu commun, il serait, je crois, convenable que ceux de nos collègues qui s'occupent de recherches micrographiques voulussent bien les examiner.

Anatomie pathologique de l'amaurose. — Troubles fonctionnels particuliers et mort subite dus à la compression du bulbe rachidien par une tumeur cancéreuse.

M. Chassaignac fait la communication suivante:

Un garçon boulanger âgé de trente-deux ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une amblyopie qui ne tarde pas à se convertir en amaurose confirmée. Il y a strabisme externe à droite.

L'état général du malade offre ceci de très remarquable, qu'il diffère considérablement suivant qu'il est couché ou debout. Est-il couché? à part son amaurose et un état presque continu de torpeur, d'hébétude et de somnolence, il ne présente aucune perturbation musculaire. L'intelligence est intacte, quoiqu'il y ait un peu d'affaiblissement de la mémoire.

Se lève-t-il? aussitôt perte de l'équilibre, chute imminente, titubation d'un homme ivre, nécessité de le soutenir pour qu'il ne tombe pas; et de plus, s'il a des aliments dans l'estomac, vomissements subits et abondants.

Tel est l'état dans lequel nous avons observé le malade pendant plusieurs mois, lorsqu'un soir, sans autres accidents précurseurs, sans un seul cri, sans agonie, il expire tout à coup.

A l'autopsie, on trouve à la base de l'encéphale, en arrière du bulbe rachidien, une tumeur que M. Robin a déclarée être de nature encéphaloïde. Cette tumeur, qui a pris naissance dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et qui n'a aucune continuité avec la substance du centre nerveux, occupe cet espace intermembraneux qui se remarque sur un encéphale extrait de la boîte crânienne, et qui est limité par l'espèce de pont que le feuillet viscéral de l'arachnoïde forme en se réfléchissant du bulbe rachidien vers la face inférieure du cervelet. C'est cet espace que la tumeur remplit presque complétement. Elle a la forme d'une pyramide dont la base, tournée en haut, comprime et atrophie

le vermis inferior, dont le sommet vient plonger à travers le trou occipital pour se terminer presque aussitôt un peu au-dessous des pyramides antérieures du bulbe. En avant, cette tumeur embrasse le bulbe, pénètre un peu au travers de la valvule de Vieussens, qu'elle a en partie détruite, et comprimait le bulbe contre la surface basilaire, ainsi que l'atteste l'atrophie et l'aplatissement de l'olive et de la pyramide antérieure du côté droit. Les prolongements latéraux de cette tumeur venaient contourner les parties latérales du bulbe, embrassant, de manière à les comprimer, les origines du spinal et du pneumogastrique.

La position de cette tumeur, son défaut de continuité avec aucune partie du centre nerveux explique comment elle pouvait jouir d'un très léger degré de mobilité, et par cela même la différence que présentaient les phénomènes de compression suivant les changements d'attitude verticale ou horizontale.

Quant à l'instantanéité de la mort, on a souvent observé la liaison de cette circonstance avec les lésions qui siégent exactement au niveau du trou occipital.

Dans tous les cas, l'amaurose produite par une tumeur placée dans un point aussi déclive est quelque chose de très peu ordinaire.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 23 *février* 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Lenoir présente une jeune femme qui depuis longtemps a perdu le nez par suite d'une affection syphilitique, et chez laquelle il a fait réparer cette perte par un appareil prothétique en caoutchouc vulcanisé. Ce nez artificiel diffère de ceux qu'on a faits jusqu'à présent non-seulement par la substance dont il est composé, mais encore par le mécanisme à l'aide duquel il est fixé dans la fosse nasale. Ici, en effet, le nez de caoutchouc porte sur sa face postérieure une tige métallique terminée par un bouton d'une substance molle, qui prend son point d'appui dans la fosse nasale, ce qui supprime et le prolongement qui

passe sur le front ou les lunettes par lesquels les nez artificiels connus jusqu'à ce jour ont été supportés.

La coloration de ce nez n'offre pas le luisant des nez d'argent ordinaires, et il a une mollesse telle, que dans une chute sur cette partie il n'y a aucune lésion à craindre de sa part sur les points de la face sur lesquels il appuie.

M. Lenoir fait observer en terminant que si M. Luër, qui a confectionné ce nez nouveau, parvient à incorporer la matière colorante dans la masse de caoutchouc et à lui donner la teinte naturelle de la peau de la face, on peut espérer que, par la suite, les chirurgiens auront moins souvent recours à l'autoplastie pour restaurer les nez perdus, opération souvent grave, comme on le sait, et dont le résultat est souvent si disgracieux.

Correspondance imprimée.

M. Robert fait hommage à la Société, de la part de M. Casimiro Sperino, d'un volume intitulé :

La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part successivement MM. Robert, Larrey, Denonvilliers, Michon, Gerdy, etc., il est décidé que ce livre sera renvoyé à l'examen de MM. Cullerier et Robert, qui devront en rendre compte à la Société.

— M. le docteur Heyfelder fils adresse, de la part de M. Ricd, professeur en chirurgie à Iéna, un volume intitulé :

Die resectionen der knochen mit besonderer Berücksichtigung der von Michaël Jager, professor der chirurgie ausgeführten derartingen operationen.

Herausgegeben von Dr Franz Ried, professor der medicin, director der chirurgischen Klinik des grossherzoglich sächsischen Landkrankenhauses zu Iena; 1847.

M. Broca fera un rapport verbal sur ce livre.

— M. Labrey fait don des ouvrages suivants :

1° Ledran, *Traité des opérations de chirurgie;*

2° Bell, *Traité des ulcères;*

3° Astruc, *Traité des tumeurs et des ulcères;*

4° Ledran, *Parallèle des opérations de la taille;*

5° Antoine Petit, *Observations cliniques;*

6° Desault, *Journal de chirurgie.*

Correspondance manuscrite.

M. Hervez de Chégoin adresse à la Société une lettre pour solliciter le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature M. Hervez présente un travail manuscrit sur les maladies des seins.

M. Hervez de Chégoin, qui est encore malade, m'a chargé, dit M. Michon, de vous transmettre ses titres. Dans une prochaine séance, je donnerai un extrait du mémoire très volumineux que vous adresse notre honorable confrère, qui désire vivement faire partie de la Société de chirurgie.

M. Larrey rappelle que par de nombreux travaux publiés déjà M. Hervez de Chégoin a montré qu'il n'avait jamais cessé de s'occuper de chirurgie.

—M. Robert fait une communication officieuse relative à une affaire qui avait précédemment occupé la Société. Il est décidé, après discussion, qu'il ne sera pas fait mention de cet incident dans le procès-verbal.

Réclamation.

M. Gerdy adresse une réclamation relative à la communication du rapport de MM. Gosselin et Houel, sur l'examen d'une tumeur développée dans le maxillaire supérieur.

M. Denonvilliers ayant demandé à M. Houel s'il était certain que le nerf sous-orbitaire, qui manquait en effet dans la tumeur, n'était pas resté sur le squelette de la face, il fut répondu que l'on ne saurait l'affirmer. M. Gerdy fait remarquer combien cette hypothèse de la conservation du nerf était impossible, puisque la totalité du plancher de l'orbite avait été détruite par la tumeur elle-même.

Communication.

M. Debout, à la suite de la lecture du procès-verbal, fait la communication suivante :

Difformité de l'épaule due à la déviation de l'omoplate par contracture des muscles rhomboïde et angulaire.

M. Debout, afin de compléter l'enseignement qui ressort de l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, présente quelques considérations sur l'action de l'électricité ; il montre que, pour avoir prise sur les phénomènes morbides qui se traduisent par l'atrophie musculaire et la perte de la tonicité des muscles, l'agent

physique doit être mis en jeu avec des intermittences très rapides. A l'appui de cette action spéciale des courants électriques ainsi appliqués, M. Dehout cite deux observations de difformité de l'épaule consécutive à la déviation de l'omoplate par la contracture des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate, avec guérison par l'électrisation du muscle grand dentelé.

Le premier de ces faits est relatif à une jeune fille âgée de onze ans, qui fut conduite, il y a cinq ou six mois, à la consultation de M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Marguerite. M. Marjolin adressa la petite malade à M. Bouvier. Voulant profiter des ressources offertes par l'action des courants électriques localisés dans les muscles, M. Bouvier donna rendez-vous à la malade dans le cabinet de M. Duchenne, afin d'étudier le mécanisme de cette déviation de l'omoplate. Il y avait évidemment deux phénomènes morbides :

1° Un état de spasme des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate ;

2° Une perte de la tonicité du muscle grand dentelé.

Quelle était la lésion primitive ? Etait-ce la contracture ou la perte de la contractilité tonique du muscle antagoniste ? Les avis furent partagés ; il fut décidé qu'on tenterait l'emploi de l'électrisation du muscle grand dentelé. Pendant trois semaines, on dirigea le courant d'un appareil d'induction sur le faisceau inférieur de ce muscle avec des intermittences éloignées, afin de ne pas faire souffrir la petite malade ; mais on ne pouvait rien obtenir, puisqu'on s'adressait seulement à la contractilité volontaire. Le raccourcissement du muscle produit par l'action de l'électricité faisait disparaître la difformité ; mais dès que l'excitation des fibres du grand dentelé cessait, l'omoplate montait avec une grande rapidité reprendre sa position vicieuse. Enfin, M. Duchenne eut l'idée d'employer un courant avec des intermittences très rapides. S'adressant alors à la tonicité et non plus à la contractilité du grand dentelé, il devait permettre à ce muscle de résister à l'action des muscles contracturés spasmodiquement. Après la séance, qui fut très courte (4 à 5 minutes), une amélioration sensible se manifesta ; l'angle inférieur de l'omoplate, qui avait été ramené à sa position normale, remonta moins vivement et resta à environ 2 centimètres plus bas que précédemment. Le lendemain l'amélioration obtenue la veille fut trouvée conservée, et après une nouvelle excitation plus longue et le courant agissant avec des intermittences aussi rapides, l'angle de l'omoplate descendit encore de 1 centimètre. Les séances, pratiquées chaque jour de la même manière, ramenèrent progressivement l'omoplate

à son attitude normale, et à la fin de la quatrième la difformité avait complétement disparu.

L'électricité a agi dans ce cas en rendant la contractilité tonique au muscle grand dentelé. Cette action spéciale de l'électricité a donc une valeur thérapeutique importante. En voici une nouvelle preuve :

Au mois d'octobre dernier, on amenait à la consultation de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, une jeune fille âgée de treize ans, présentant une difformité semblable. M. Guersant conseilla l'emploi de la gymnastique, qui fut appliquée pendant un mois. Ce temps écoulé, la mère, ne voyant aucune amélioration survenir dans l'attitude vicieuse de l'épaule de sa fille, la conduisit à la consultation de M. Bouvier. Ce médecin, témoin comme nous de la guérison de la malade précédente, adressa l'enfant à M. Duchenne, et après trois séances d'électrisation la difformité avait disparu.

Ces deux jeunes filles ont été revues depuis, et la guérison se maintient.

M. Debout se livre ensuite à quelques considérations sur l'étiologie et le mécanisme de cette déviation de l'omoplate; mais le fait sur lequel il insiste est le résultat des courants localisés avec des intermittences rapides dans le muscle grand dentelé, qui constitue un traitement prompt et efficace.

M. Robert ne comprend pas bien le but de la communication de M. Debout.

« Notre collègue prétend que l'on confond souvent la contractilité des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate avec la paralysie du grand dentelé; je le nie absolument, dit M. Robert. Des signes caractéristiques indiquent quand le grand dentelé est paralysé. Ainsi, en élevant le bras, on ne voit pas se dessiner les digitations de ce muscle.

» Quant aux distinctions que M. Debout veut établir entre la paralysie et l'absence de tonicité, je lui demanderai où il en puise les éléments, et si ces deux affections, qu'il décrit séparément, peuvent se reconnaître au lit du malade? Pour établir le diagnostic, M. Debout prétend pouvoir réussir à l'aide de l'électricité. Pour mon compte, je ne saurais l'admettre. »

M. Debout. M. Robert pense que la confusion est impossible entre la paralysie du muscle grand dentelé et l'affection que nous signalons à l'attention de la Société. Si notre collègue veut bien jeter les yeux sur la thèse récente de M. Desnos sur la paralysie du grand dentelé, il changera d'avis, car sur les quatre cas signalés par ce jeune confrère, deux sont des déviations de l'omoplate consécutives à la contracture

des muscles rhomboïde et angulaire. Le diagnostic a été porté par deux praticiens éminents, MM. Rayer et Gendrin.

La paralysie du grand dentelé et le torticolis postérieur sont deux affections qui présentent des caractères complétement opposés. Ainsi dans les cas de contraction du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, la difformité apparaît dans le repos du membre pour disparaître pendant l'élévation du bras, tandis que dans la paralysie du grand dentelé la difformité dans l'attitude de l'omoplate disparaît presque pendant le repos, pour se montrer à son maximum de développement alors que le mouvement du membre a lieu. Ces deux phénomènes si tranchés ne sont pas les seuls. La position de l'os dans la paralysie du grand dentelé est toute différente; elle consiste en un mouvement de torsion sur son axe, tandis que dans le torticolis postérieur c'est un mouvement de rotation que l'omoplate subit.

M. Robert ne comprend pas comment les muscles peuvent perdre seulement leur contractilité tonique; c'est que les fonctions se localisent plus qu'on ne le pense; et, si notre collègue avait voulu prendre la peine de lire l'article que j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* sur cette difformité de l'épaule, il aurait vu les idées que j'ai émises à l'égard de l'évolution de cette maladie. J'ai montré que la déformation de l'épaule constituée par cette espèce de torticolis présente dans son évolution deux périodes distinctes :

1° Dans la première, la déviation du squelette est la conséquence de la contracture musculaire, et les moyens thérapeutiques doivent être dirigés contre l'élément morbide, spasme;

2° Dans la seconde, l'affection, au point de vue de l'intervention de l'art, ne réside plus que dans la perte de la tonicité des muscles antagonistes.

J'en viens de fournir la preuve en signalant les deux observations des malades de MM. Marjolin et Guersant; dans ces deux cas, on a vu la difformité disparaître dès que la propriété vitale du muscle a été ramenée à son type normal. Cette action spéciale de l'électricité, de pouvoir ramener la contractilité tonique lorsqu'on l'emploie avec des intermittences très rapides, m'a paru digne d'être signalée à la Société; dans le cas de difformité qui nous occupe, elle constitue un moyen prompt et efficace contre une affection dont le traitement n'a pas encore été formulé.

— M. Jarjavay donne l'analyse suivante d'une observation relative à un malade que l'on croyait atteint d'une paralysie du muscle grand dentelé:

Au mois d'octobre dernier, j'ai observé à l'hôpital de la Charité un

malade qui avait aussi un déplacement du scapulum. C'était un homme d'environ quarante-cinq ans, qui avait souffert depuis quelque temps de douleurs rhumatismales dans la partie postérieure du cou et de la poitrine.

Le bord spinal de l'omoplate était détaché de la poitrine de manière à former une gouttière profonde au-dessous de l'os. L'angle inférieur était saillant, le moignon de l'épaule déprimé.

Un examen attentif, fait en présence de MM. Gerdy, Rayer et moi, par M. Duchenne (de Boulogne) au moyen de l'application de l'électricité, permit de constater que la lésion était complexe. Une grande étendue du trapèze, du grand dorsal, du grand pectoral était atrophiée; le rhomboïde l'était complétement; le grand dentelé était aussi atrophié en grande partie.

Des déplacements du scapulum avaient été déjà signalés; on les avait jusqu'à présent attribués à une paralysie du grand dentelé.

Lecture.

M. Demarquay continue et termine la lecture du mémoire de M. Michel (de Strasbourg) *sur les tumeurs homologues et hétérologues.*

Vu l'importance du sujet, M. le président désigne pour l'examen du mémoire de M. Michel une commission de cinq membres dont les noms suivent : MM. Follin, Denonvilliers, Marjolin, Forget et Gosselin.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 2 mars 1853.

Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Corps étrangers dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

M. Chassaignac fait la communication suivante :

Messieurs, j'ai déjà présenté à la Société le malade atteint de corps étrangers dans l'articulation du genou. J'ai opéré cet homme avec succès en suivant le procédé de M. Goyrand (d'Aix). Dans ce cas, le corps étranger était solitaire.

Aujourd'hui je viens soumettre à votre examen un nouveau malade

présentant la même affection; seulement il y a dans la jointure plusieurs corps mobiles.

J'ai étudié avec soin les caractères de cette maladie. Ainsi, il m'a fallu déterminer le nombre des corps étrangers, leur volume, leur situation, leur mobilité.

J'ai reconnu qu'il en existait deux. Le moins volumineux, qui présente à peu près la forme d'un noyau de prune, réside presque constamment dans le cul-de-sac interne et inférieur de la capsule.

Le plus volumineux, qui a quatre ou cinq fois le volume du premier, réside dans le cul-de-sac latéral externe de la synoviale.

Pour donner issue à des corps aussi volumineux, il deviendra nécessaire de pratiquer une large ouverture à la synoviale. Des tentatives répétées presque tous les jours nous permettent d'assurer qu'aucun pédicule ne les retient fixes en un point quelconque de l'articulation.

Après de nombreuses manœuvres dans lesquelles nous avons été aidé par l'intelligence et le bon vouloir du malade, nous avons acquis la certitude que les corps étrangers pouvaient être ramenés tous deux vers le cul-de-sac interne inférieur de la synoviale.

C'est donc en ce point que la capsule devra être attaquée.

Toutefois, avant de procéder à l'opération, nous avons désiré en soumettre le projet à l'examen de nos honorables collègues de la Société de chirurgie, afin de réclamer d'eux les conseils que leur expérience pourrait nous fournir.

Quant à l'âge de ces corps, le malade nous affirme que c'est il y a deux ans pour la première fois qu'il s'est aperçu de l'existence du plus volumineux des deux corps articulaires. C'est depuis six mois seulement qu'il a reconnu l'existence du second.

Il n'a jamais éprouvé pendant la marche ni pendant le sommeil ces douleurs d'un caractère spécial qui s'observent chez les individus atteints de corps étrangers du genou; mais il y a ceci de particulier que quand on presse fortement sur le plus petit des deux corps, et lorsqu'il se trouve dans son siége habituel, reposant contre le condyle interne du tibia, on détermine une très vive douleur.

Saillie considérable de l'os après une amputation du bras datant de dix ans et demi.

M. Denonvilliers présente un jeune garçon âgé de dix-sept ans, qui offre un de ces accidents dont on trouve un certain nombre d'exemples dans les anciens recueils, mais que les progrès de la chirurgie ont rendus de nos jours excessivement rares.

Le malade dont il s'agit a subi, il y a dix ans et demi, une amputation du bras droit à la partie moyenne du membre.

Aussitôt que l'opération fut pratiquée, les parents du jeune malade s'aperçurent que l'os faisait saillie au delà des chairs. En outre, l'opérateur, malade, n'ayant pu faire lui-même les pansements, il ne paraît pas que les précautions suffisantes aient été prises pour diminuer les effets de cet accident.

Actuellement le jeune homme, jouissant du reste d'une excellente santé, présente un moignon dont la conicité est extrême; l'os fait saillie de plus de 3 centimètres; les chairs se sont rétractées, et au point où la peau commence à recouvrir l'os, elle n'est doublée par aucune autre partie molle : de telle façon qu'on distingue à peine le lieu où cesse la dénudation de l'os.

Le bout de l'humérus est sphacélé. En palpant le moignon, on sent quatre tumeurs arrondies (la plus volumineuse présente la grosseur d'une noix); M. Denonvilliers les considère comme des renflements nerveux placés à l'extrémité du plexus brachial.

Le malade, qui n'avait jamais souffert de cet état de son membre, est depuis quelque temps dans des conditions moins bonnes; il éprouve des douleurs assez violentes qui le privent de sommeil et qui acquièrent une grande intensité sous l'influence du moindre contact, et du pus s'écoule autour de l'os sphacélé.

Une nouvelle amputation devient nécessaire, et M. Denonvilliers se propose de la pratiquer.

M. Guersant demande si cette saillie considérable de l'os, tout en étant due, en partie du moins, à la manière dont a été pratiquée l'opération, n'appartient pas pour une part considérable à l'allongement physiologique de l'os.

J'ai eu l'occasion, dit M. Guersant, de pratiquer une amputation du bras à un jeune enfant. Les suites furent on ne peut plus heureuses; l'os restait parfaitement enfermé dans les chairs, et quatre ans après on me ramenait le jeune opéré présentant un moignon semblable à celui que M. Denonvilliers vient de nous montrer. Les parents disaient qu'ils avaient vu l'os grandir peu à peu.

J'ai amputé de nouveau avec succès.

M. Denonvilliers répond que si l'os grandit, les parties molles grandissent aussi dans la même proportion. Il lui paraît d'ailleurs, d'après les renseignements précis qu'il a recueillis sur son malade, que la mauvaise conformation du moignon remonte à l'époque même de l'opération.

Correspondance manuscrite.

M. Charrière fils adresse une lettre pour annoncer qu'il met à la disposition de la Société des instruments scarificateurs, ou urétrotomes. La lettre est accompagnée d'une note explicative avec figures. (Remercîments.)

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Les nos 48 et 49 des années 1851 et 1852 du *Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*;

2° Deux numéros d'un journal anglais : *Association medical journal;* editid by John Rose Cormack. London, february 18, 1853, et february 25, 1853.

— M. Broca dépose sur le bureau, au nom et de la part de M. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris, une brochure intitulée : *Coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales.*

Rapport.

M. Giraldès donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, vous avez chargé MM. Denonvillers, Larrey et moi de vous rendre compte d'un ouvrage adressé à la Société de chirurgie par M. Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'ouvrage dont nous avons à vous entretenir se compose de deux fascicules in-folio avec planches, intitulé : *Musée anatomique de la Faculté de médecine.* Ainsi que son titre peut le laisser supposer, cette publication a pour but de faire connaître les principales préparations d'anatomie pathologique de la riche collection de la Faculté de médecine de Strasbourg.

La publication de la première livraison ou fascicule de cet intéressant travail remonte à l'année 1843.

Nous avons à vous rendre compte du deuxième et du troisième fascicule, publiés en 1850 et 1852.

Nous commençons cet exposé par l'examen du troisième fascicule, le dernier en date et le moins important au point de vue pratique.

Ce troisième fascicule est consacré à l'étude de quelques faits de tératologie, à l'histoire anatomique de deux fœtus monstres de l'espèce des acéphaliens et de l'espèce monopode.

Le fœtus monstre de la première espèce prend place dans la classification de M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, parmi la classe des acéphaliens, et deuxième ordre des pérocéphales. C'est un fœtus privé de la

tête, du cou et des membres supérieurs ; il est représenté par une masse ovoïde formée par la réunion du thorax et de l'abdomen, terminée par deux membres inférieurs. Un changement aussi grand dans la forme normale du corps du fœtus devait sans doute être suivi de modifications profondes, soit dans la forme, soit encore dans les dispositions des organes principaux. M. Ehrmann en donne une description bien faite, rendue plus compréhensible par le moyen de quelques figures ; il décrit avec soin l'état du système osseux, des systèmes circulatoire et digestif.

Le squelette est constitué par un thorax incomplet privé de son sternum, par la colonne lombaire réunie au bassin et par les appendices inférieurs ; s'il fallait s'en rapporter aux planches qui représentent ces diverses modifications, on pourrait croire que le tissu osseux a été aussi modifié dans sa structure. Le système vasculaire présente de très grandes modifications dans sa forme et dans sa disposition : l'organe central de la circulation manque ; il est remplacé par un vaisseau qui, dans la poitrine, décrit une courbe analogue à la courbure aortique ; elle continue d'un côté avec l'aorte descendante, et de l'autre côté avec la veine ombilicale. De cette espèce d'arcade aortique part un vaisseau représentant l'aorte ascendante.

Le système digestif est réduit à un tube commençant à l'anneau ombilical et y formant un renflement ampoulaire se terminant à l'anus après avoir décrit quelques sinuosités peu étendues.

Le second fœtus dont il est question dans ce fascicule se classe parmi les monopodes seriniformes, c'est-à-dire un fœtus dont les deux membres inférieurs sont réunis entre eux et terminés par un pied double. M. Ehrmann donne également la description du squelette et des organes générateurs internes.

La description anatomique de chacun de ces fœtus est suivie de remarques sur quelques-unes des causes génératrices de ces monstruosités. Après avoir rappelé quelques-unes des idées ayant cours parmi les tératologistes, à savoir : l'arrêt de développement produit, soit par l'insuffisance des vaisseaux qui se rendent dans les organes d'après Tiedmann, ou bien par un simple arrêt dans l'évolution des diverses parties de l'organisme, théorie vulgarisée et savamment développée par M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, M. Ehrmann adopte cette dernière.

Quelque imposante que soit l'autorité du professeur de Strasbourg, on ne peut pas aujourd'hui adopter son opinion. En effet, depuis les recherches de Delpech et Dubreuil, celles de Montgomery confirmées par Simpson, on ne peut pas expliquer par la loi des arrêts de développement l'absence de certains organes dont la disparition est le

résultat d'une maladie développée dans le sein de la mère. Les monstruosités du genre de celles décrites dans le mémoire du savant professeur Ehrmann confirment particulièrement les résultats obtenus par les observateurs que nous venons de citer. Sans doute, nous sommes bien loin de l'époque où Rueff, pour expliquer ces monstruosités, se demandait (1580) *an homines ex dæmonibus et rursus dæmones ex hominibus infantes concipere possunt.* Mais c'est pour cela aussi qu'il ne faut pas faire intervenir des théories en désaccord avec les résultats obtenus par les progrès de la science ; les recherches incessantes de l'embryogénie et l'étude des maladies qui attaquent le fœtus dans le sein de la mère en donnent une explication plus précise, et obligent à mettre à l'écart les brillantes hypothèses qui, il faut en convenir, ont un moment poussé la science dans une direction nouvelle et l'ont enrichie de précieux matériaux.

Le deuxième fascicule du Musée anatomique dont nous allons vous rendre compte est consacré en totalité à un *mémoire sur les polypes du larynx.* Ce travail, aussi complet que possible et d'une importance pratique incontestable, renferme la plus grande partie des faits épars dans les collections scientifiques ; c'est une véritable monographie illustrée par des dessins représentant quelques-unes de ces productions morbides.

L'histoire des polypes du larynx se trouve presque en entier dans le savant mémoire du professeur de Strasbourg. Quelques-uns des matériaux qui entrent dans la composition de ce travail ont déjà été publiés : ainsi, en 1842, M. Ehrmann fils, s'inspirant des conseils de son père, consacra sa thèse inaugurale à l'étude de cette question ; en 1843, le professeur Ehrmann publiait dans le premier fascicule du *Musée anatomique* des considérations importantes sur ce sujet ; en 1844, le même auteur publiait encore, soit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, soit dans les *Comptes-rendus de l'Académie des sciences de Paris*, une observation remarquable et unique dans les annales de l'art. On peut avec raison considérer l'histoire des polypes du larynx publiée aujourd'hui comme la seconde édition de ses premiers travaux.

Le travail dont nous allons vous donner une courte analyse se divise en deux grandes parties : une première consacrée à l'histoire particulière des polypes, et une seconde à leur histoire générale ou dogmatique.

Dans la première partie, l'auteur a rassemblé trente et une observations de polype du larynx chez l'homme, et quelques faits du même genre empruntés à la médecine vétérinaire.

Parmi ces faits, il en est quelques-uns qui doivent sans doute être distraits de la catégorie des polypes du larynx. On ne peut pas considérer comme tels soit des végétations fongueuses produites par une maladie du cartilage thyroïde, soit encore des végétations verruqueuses de la membrane laryngienne, ou bien des tumeurs développées en dehors du larynx et se prolongeant dans sa cavité ; ces diverses productions morbides appartiennent à des états pathologiques qu'on ne saurait ranger sous la même dénomination. Au nombre des faits curieux et remarquables observés par l'auteur, nous citerons :

1° L'observation de polype du larynx recueillie chez un enfant âgé de neuf ans, et publiée dans la thèse de M. Ehrmann fils et dans le deuxième fascicule du *Musée anatomique ;*

2° Le fait remarquable, unique dans la science, dans lequel la laryngotomie et l'ablation de polype du larynx ont été pratiquées avec succès.

Cette observation a pour sujet une femme âgée de trente-trois ans, chez laquelle un polype développé dans la cavité laryngienne avait déterminé des accidents de suffocation. L'opération de la laryngotomie, étant devenue urgente, a été pratiquée. Mais, le premier danger passé, le chirurgien a dû se préoccuper de rechercher la cause de ces accidents et des moyens à employer pour les empêcher. M. Ehrmann eut alors l'heureuse pensée d'enlever la tumeur qui occasionnait ces accidents. Cette opération fut pratiquée quarante-huit heures après la première ; il eut le bonheur de la voir couronnée de succès. Son opérée succomba sept mois après à une fièvre typhoïde.

Le larynx fut examiné avec soin : on constata que la cicatrisation était complète. La pièce est déposée dans le musée de la Faculté, et un dessin de cette préparation est joint à ce mémoire.

La deuxième partie du mémoire traite de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et du traitement des polypes du larynx.

Dans le chapitre *Symptomatologie* l'auteur expose l'ensemble des symptômes qu'on observe dans cette maladie, et qu'on peut résumer en deux groupes, les uns produits par une modification dans le timbre de la voix, et les autres par des troubles de la respiration. Parmi les principaux symptômes du premier groupe se rencontrent l'enrouement, l'aphonie; dans le second la dyspnée, l'orthopnée et l'asphyxie. Dans quelques cas, surtout lorsque les polypes sont pédiculés et qu'ils peuvent se mouvoir par l'impulsion de la colonne d'air chassée par le poumon, il se produit alors dans la cavité du larynx des bruits anormaux : bruits de soupape, de drapeau, occasionnés par les oscillations de la tumeur. Mais tous ces symptômes, ainsi que le fait remarquer le

professeur Ehrmann, sont insidieux et obscurs. Un exemple récent, publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* du 24 janvier de cette année, en est une preuve évidente. C'est pour cela qu'il est indispensable de ne négliger aucun moyen d'investigation, afin d'arriver s'il y a lieu à un diagnostic précis.

Le second chapitre de la deuxième partie du mémoire traite de l'anatomie pathologique. M. Ehrmann y étudie la structure des polypes; il les divise en deux espèces : les uns formés par une hypertrophie du tissu cellulaire sous-posé au derme laryngien, et les autres produits également par une hypertrophie des divers éléments qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse du larynx.

Le dernier chapitre du mémoire est consacré à l'examen de la laryngotomie, pratiquée soit pour soustraire le malade aux accidents de suffocation, soit encore comme méthode préparatoire dans le but de faciliter l'ablation des polypes laryngiens.

Dans ce double but M. Ehrmann conseille l'opération de la laryngotomie, mais il engage le chirurgien à ne procéder à l'ablation des tumeurs laryngiennes qu'après avoir laissé reposer l'opéré pendant quelque temps. Ainsi remédier à la suffocation en faisant de suite la laryngotomie, laisser reposer le malade quarante-huit heures, et procéder ensuite à l'ablation des tumeurs, causes des accidents; faire en un mot une opération à deux temps, telle est la pratique conseillée par M. Ehrmann. Ce professeur est tellement convaincu de l'excellence de cette méthode, qu'il lui attribue en grande partie le beau succès qu'il a obtenu. Cette manière de procéder est en effet conforme à toutes les règles d'une saine pratique, et nous ne voyons aucune objection sérieuse à lui opposer.

Je viens, messieurs, de vous exposer un court résumé des matières traitées dans les deux fascicules du *Musée anatomique* de la Faculté de Strasbourg.

Votre commission croit qu'il serait inutile d'insister, même un instant, sur les titres scientifiques de M. Ehrmann; elle a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

A la suite de ce rapport M. Erhmann est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lectures.

M. Broca termine la lecture de son mémoire sur les luxations médiotarsiennes.

La Société vote à l'unanimité le renvoi au comité de publication.

— M. Blot donne lecture d'une note sur une espèce remarquable d'étranglement interne.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner le premier mémoire de M. Blot. (MM. Monod, Broca et Chassaignac.)

Présentation d'instrument.

M. Martin présente son appareil pour le traitement des fractures du fémur.

Après quelques observations de MM. Robert et Chassaignac sur la valeur de cet appareil, la discussion est close, pour être reprise lors du rapport qui sera fait sur le travail que M. Martin doit communiquer dans une prochaine séance.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 9 mars 1853.

Présidence de M. Guersant.

Après la lecture du procès-verbal, M. Chassaignac annonce qu'il a opéré le malade qui portait deux corps mobiles dans l'articulation du genou. Les deux corps ayant été amenés vers le cul-de-sac interne de la synoviale, un ténotome a été enfoncé à plat à trois ou quatre travers de doigt au-dessous. L'opérateur, une fois l'instrument parvenu au niveau des corps, débrida la membrane synoviale. Ceci fait, le plus gros corps étranger fut facilement engagé dans le débridement, et M. Chassaignac put le faire descendre en le poussant peu à peu jusqu'à la partie inférieure de la jambe, à quatre pouces au-dessus de l'articulation du pied.

Le plus petit corps fut également engagé par le même procédé dans l'ouverture de la synoviale, mais il échappa aux doigts du chirurgien et rentra dans la cavité articulaire.

Le malade était en anesthésie. M. Chassaignac ne voulut pas dans ces conditions le faire mettre dans la position verticale pour retrouver le corps étranger, dans la crainte de voir survenir des accidents. Craignant en outre, par des manœuvres trop prolongées, de déterminer une inflammation de l'article, il se décida à remettre à une autre époque l'ablation de ce deuxième corps mobile.

Correspondance manuscrite.

M. Ehrmann, nommé dans la dernière séance membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remercîments.

— MM. Verneuil, Follin, Broca, Houel, Morel-Lavallée, Désormeaux, Demarquay, candidats à l'agrégation, demandent l'autorisation de ne pas assister aux séances de la Société pendant la durée du concours.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit le numéro de mars 1853 de l'*Association medical journal*, nº 9.

A la suite de la correspondance, M. Laborie donne lecture des conclusions suivantes du travail de M. Michel, de Strasbourg, sur les tumeurs homologues et hétérologues :

1º La distinction des tumeurs en homologues et hétérologues n'est pas fondée, puisqu'il est possible de ramener la compositiou histologique d'une tumeur quelconque aux éléments normaux de l'organisme pris aux différents âges de leur évolution.

2º La cellule spécifique du cancer n'existe pas. Le mot de cancer ne peut et ne doit être qu'une expression purement pathologique s'appliquant à tout tissu de l'organisme apte à former des tumeurs susceptibles de s'accroître, de s'étendre, de récidiver sur place ou ailleurs, de se généraliser et de déterminer une cachexie spéciale, et enfin la mort.

3º D'après nos recherches nous ne pouvons admettre aujourd'hui que quatre espèces de cancer. (Je ne prétends pas dire que ce nombre n'augmente pas.) Ces quatre espèces de cancer sont :

A. La forme épithéliale, c'est-à-dire celle caractérisée par des éléments semblables à ceux de l'épithélium.

B. La forme fibro-plastique. Sous ce titre je rassemble toutes les variétés suivantes du tissu fibreux : cellule fibro-plastique, tissu conjonctif, tissu musculaire de la vie organique (je laisse le tissu musculaire de la vie animale, que je n'ai pas encore rencontré), enfin le tissu élastique, dont j'ai cité des exemples.

C. La forme cartilagineuse, composée de cellules analogues à celles du cartilage.

D. La forme analogue à celle des cellules composant le tissu médullaire de l'os du fœtus.

4º Au point de vue de l'histologie générale l'unité cancéreuse est fausse. Si cette expression a une réalité, c'est dans cette propriété vi-

tale inconnue que ces tissus peuvent prendre, en vertu de laquelle ils peuvent manifester ces phénomènes pathologiques du cancer.

5° Le microscope devient donc un instrument indispensable pour le diagnostic anatomique de la forme cancéreuse; il trouve un adjuvant très fécond dans les ponctions exploratrices pratiquées avec des instruments appropriés.

6° Les recherches microscopiques n'ont pas une valeur absolue lorsqu'il s'agit de savoir si tel élément possède la propriété de devenir cancéreux. On n'a pu, jusqu'à ce jour du moins, obtenir que certaines données tirées de la forme, du nombre des transformations et des éléments histologiques.

7° Le développement de ces quatre formes de cancer se fait sous forme d'infiltration moléculaire, qui finit par absorber l'élément normal de l'organe où elles prennent naissance.

8° La généralisation du cancer s'explique mieux dans un grand nombre de cas, par cette tendance que revêt un tissu répandu dans diverses régions de l'organisme de pouvoir se multiplier dans plusieurs points à la fois.

9° La gravité relative des quatre formes cancéreuses s'établit dans l'ordre suivant : en première ligne la forme analogue à celle du tissu médullaire des os, puis à peu près égales, les formes épithéliales et fibro-plastiques, et en dernier lieu la forme cartilagineuse. La tendance à la généralisation n'indique pas une gravité plus grande, puisque nous ne l'avons observée que pour la deuxième et la troisième forme. Elle s'observe plutôt dans les cancers des organes splanchniques.

10° Certains pays, comme les Vosges, par exemple, semblent malheureusement privilégiés, en raison de circonstances inconnues.

11° C'est à tort que l'on invoque dans la grande majorité des cas l'extirpation incomplète comme cause de récidive; elle se trouve sous l'influence de la loi qui commande le développement primitif du mal.

12° L'autoplastie n'a jusqu'à ce jour fourni aucun service.

13° La thérapeutique des affections cancéreuses repose, je crois, sur la connaissance des circonstances qui peuvent influencer le développement des tissus de l'organisme. Elle nous est inconnue, comme ces lois elles-mêmes.

A propos de la correspondance, M. Lenoir et M. Larrey demandent la parole.

M. Lenoir présente au nom de M. Houzelot, de Meaux, deux observations manuscrites.

La première est relative à une *ablation d'un pouce supplémentaire.*

A cette observation est jointe la main du malade, moulée sur nature avant l'opération.

La deuxième est intitulée : *Gangrène de la main, de l'avant-bras, d'une partie du bras, par compression, par déchirement. Amputation secondaire. Guérison.*

M. Houzelot a déjà adressé un mémoire pour obtenir le titre de membre correspondant. Ces deux observations sont renvoyées à la commission déjà nommée, composée de MM. Debout, Lenoir et Laborie.

M. Larrey présente au nom d'un chirurgien militaire très distingué, M. Scrive, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen (Algérie), deux observations dont nous transcrivons les titres :

1° *Observation de plaie de la face postérieure de l'avant-bras par instrument tranchant. Lésion de l'artère interosseuse antérieure. Ligature médiate des deux bouts du vaisseau divisé. Guérison.*

2° *Observation de luxation du poignet gauche en arrière.*

Ces travaux sont renvoyés à une commission précédemment nommée pour examiner une première communication de M. Scrive.

Lectures.

M. Voillemier, inscrit pour une lecture, et retenu par ses fonctions de juge au concours de l'agrégation, adresse un mémoire intitulé : *Des injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature.*

M. Lenoir commence la lecture de ce travail.

— M. Alphonse Guérin donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des rétrécissements du canal de l'urètre.* (Premier mémoire.)

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner la première communication de M. Guérin. (MM. Robert, Larrey, Michon.)

Rapport.

M. Maisonneuve lit un court rapport sur un mémoire intitulé : *Essai sur un nouveau procédé de trachéotomie sous-cricoïdienne*, par M. Décès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville et membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

M. Maisonneuve propose les conclusions suivantes :

1° Adresser à l'auteur une lettre de remercîments ;

2° Déposer honorablement son travail dans les archives de la Société. (Adopté.)

Communication. — De l'ostéo-myélite.

M. Chassaignac fait à la Société la communication suivante :

Messieurs, j'ai déjà eu, à plusieurs reprises, l'occasion de vous présenter des exemples d'ostéo-myélite, et pour n'en rappeler en ce moment que deux, je citerai un cas de ce genre dans lequel la désarticulation de l'épaule fut pratiquée avec succès pour une ostéo-myélite des os longs du membre supérieur ; un autre cas dans lequel l'affection avait porté sur tous les os longs de la moitié droite du corps, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur. Tous les cas qu'il m'a été donné d'observer ont été recueillis sur des sujets dont le plus âgé n'avait pas dix-buit ans. L'observation que je désire communiquer aujourd'hui a surtout pour objet deux points que je résumerai en ces termes:

1° La propagation ou migration ascendante de l'affection vers la racine du membre ;

2° La perforation à l'état aigu des cartilages épiphysaires et des cartilages d'encroûtement, et le mode suivant lequel sont envahies les articulations qui confinent aux os malades.

Voici un résumé de l'observation :

Durn (Louis-Pierre), âgé de douze ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 1er décembre 1852. Cet enfant présente à la jambe droite un phlegmon diffus, dont la première apparition semble remonter à quatre jours. Dans la journée qui avait précédé, il éprouva un sentiment de fatigue générale, d'accablement, mais sans douleur locale vive. Le lendemain, les douleurs se déclarèrent avec beaucoup d'intensité à l'extrémité inférieure de la jambe droite. Le mal va croissant jusqu'au quatrième jour, où le malade est apporté à l'hôpital. Jusqu'ici pas d'accidents généraux, pas de vomissements ; mais insomnie et perte d'appétit. Du reste, aucun renseignement ne nous met sur la trace de la cause présumée d'une affection si grave. L'enfant travaille avec son père dans une corderie.

A son entrée, toute la jambe droite, y compris le pied, est énormément tendue ; téguments rouges et chauds, surtout à la partie interne. Au niveau de la malléole de ce côté, empâtement considérable. Une incision longitudinale de quatre centimètres de longueur est pratiquée vers le bord postérieur interne du tibia ; elle donne issue à un pus demi-concret, il s'échappe aussi un pus un peu plus liquide et mélangé de globules huileux. (Ce dernier caractère a été constamment retrouvé dans le pus sous-aponévrotique chez tous les sujets atteints d'ostéomyélite, aussi bien que chez tous ceux sur lesquels j'ai observé des

abcès sous-périostiques aigus ; il ne constitue donc pas un caractère différentiel entre ces deux affections, qui se distinguent l'une de l'autre par des différences cliniques très importantes, ainsi qu'on le verra plus tard.)

L'incision faite ayant été lavée à plusieurs reprises au moyen d'une éponge imbibée d'eau tiède, il nous a été possible de reconnaître que le pus demi-concret siégeait dans le tissu cellulaire qui double la peau, tandis que le pus mélangé provenait exclusivement de dessous l'aponévrose qui avait été largement débridée. Le pus a fusé dans la gaîne des vaisseaux ; on en rencontre aussi dans les anfractuosités qui correspondent au côté externe de l'articulation du pied. Nous remarquons chez ce petit malade, à la face interne de la lèvre inférieure et du côté droit, deux taches blanches ayant l'aspect du muguet ou de la stomatite couenneuse. Du reste, point de ganglions engorgés.

Le 2 décembre, nouvelle incision à la partie moyenne et interne de la jambe. Aspect verdâtre du tissu cellulaire et aponévrotique. Pus sous l'aponévrose. — Douches abondantes ; cataplasmes.

Le 3, malgré l'application des cataplasmes, peut-être même à cause de leur présence et de leur poids, il y a eu rétention de pus ; la jambe est tendue, douloureuse. Nouvelle incision à un décimètre au-dessus de la malléole interne. L'incision communique par-dessous l'aponévrose avec celle qui a été faite sur cette malléole. Les deux incisions donnent issue à une quantité assez considérable de pus jaune-verdâtre bien lié.

Le 4, délire dans la nuit ; fièvre intense hier dans la soirée. Ce matin, pas de trace de ces accidents ; langue nette ; pouls à 80. A la jambe, le pus qui avait manifesté sa présence, d'abord à la partie inférieure, semble s'être propagé vers des points de plus en plus élevés. Nouvelle incision à la partie supérieure du tibia, qui, exploré au moment même, se trouve dénudé et rend un son très sec.

Le 5, une incision limitative est faite à la partie supérieure et externe de la jambe ; elle n'arrive que dans un tissu cellulaire simplement infiltré. L'état général n'a présenté aucun trouble depuis hier ; langue nette ; pouls presque normal ; sommeil.

Le 14, la jambe est toujours tuméfiée ; il s'est formé dans le genou un épanchement qui s'accroît avec lenteur, et que je considère comme purulent. Cependant il n'y a pas d'accidents généraux très prononcés, et le petit malade mange une portion.

Le 23, depuis plusieurs jours l'enfant a de la fièvre, un peu de toux, du dévoiement. La face est bouffie, la suppuration toujours abondante, l'épanchement articulaire à peine augmenté ; mais les tissus circon-

voisins de l'articulation deviennent plus compactes et semblent s'indurer un peu, comme si le périoste du fémur et le fémur lui-même tendaient à se prendre.

Le 26, on sent à la cuisse, vers la partie inférieure externe, un flot de liquide que nous considérons comme prouvant que l'épanchement articulaire a fait irruption dans les muscles de la cuisse.

Le 28, une ponction exploratrice est faite dans la capsule articulaire du genou avec un trocart très fin ; elle donne issue à du pus. L'amputation de la cuisse est décidée et exécutée sur-le-champ; elle est faite à lambeaux : le pus avait déjà pénétré à travers le cul-de-sac supérieur de la capsule dans les muscles de la partie externe de la cuisse, ce qui oblige à ébarber fortement le lambeau externe à sa face profonde. L'os n'est sectionné que dans un point parfaitement sain. Pansement par occlusion. Le petit malade a été mis depuis six jours à l'alcoolature d'aconit.

Anatomie pathologique du membre amputé.

Le phlegmon diffus paraît avoir été complétement arrêté par les larges incisions dans les couches superficielles et moyennes du membre. En effet, l'articulation du pied est intacte, les muscles le sont aussi ; mais nous trouvons une périostite suppurative occupant la plus grande partie du tibia, d'abord toute la face interne de l'os, puis le tiers supérieur de la face externe, jusqu'à la limite de l'articulation péronéo-tibiale, qui est parfaitement intacte et sans communication avec celle du genou. Celle-ci est complétement envahie par le pus. Le cartilage d'encroûtement des facettes articulaires du tibia est percé de quatre trous formés comme par l'emporte-pièce ; il en existe trois sur la facette externe, le quatrième siége sur la facette interne. La capsule orbiculaire présente une perforation à sa partie supérieure externe. A la cuisse, les masses musculaires de la partie inférieure et externe sont percées d'un trou faisant suite à la perforation signalée dans la capsule. Dans le même point existait une fusée purulente qui arrivait déjà au contact immédiat du périoste, mais ne dépassait pas la hauteur du tiers inférieur du fémur.

Faisant alors une double section longitudinale du tibia, nous trouvons tout l'intérieur de cet os en pleine suppuration. Au centre, le liquide est collecté; aux extrémités et dans le tissu spongieux, il est à l'état d'infiltration. Du côté de l'extrémité inférieure, l'infiltration purulente a trouvé une barrière dans le cartilage épiphysaire, qu'elle a respecté sur tous les points.

Du côté de l'extrémité supérieure du tibia, le pus se reliait par en

bas à la région centrale de l'os par des noyaux purulents distincts. En haut, la couche purulente partant du tissu spongieux perforait le cartilage épiphysaire par plusieurs petits canaux, dont l'un, plus considérable, se trouvait au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale. A chacun de ces canaux répondaient dans l'épiphyse des noyaux d'infiltration purulente distincts les uns des autres. Et le sommet de ceux-ci répondait par nombre égal aux quatre trous signalés sur les cartilages des cavités glénoïdes du tibia. C'est au moyen de ces quatre ouvertures que l'infiltration purulente avait débouché dans l'articulation fémoro-tibiale.

Suite de l'histoire du malade. — A partir de l'amputation, les phénomènes observés chez le petit malade ont été d'une extrême simplicité. Pansé tous les huit jours par la méthode de l'occlusion, il offrit dès la première semaine la réunion primitive des quatre cinquièmes de la plaie d'amputation. Au bout de cinq semaines, il avait repris des forces, de l'embonpoint et de la gaieté. A la fin de la sixième semaine, cet enfant, qui n'avait point été vacciné, fut pris d'une variole confluente à laquelle il a succombé au bout de quinze jours, c'est-à-dire deux mois après l'amputation.

Anatomie pathologique du jeune sujet et du moignon d'amputation.

A l'autopsie, les désordres que nous apercevons sont les suivants :

Le larynx est tapissé par des pseudo-membranes tout à fait analogues à celles du croup, et qui couvrent les cordes vocales. Cette circonstance rend compte de la raucité que présentaient la voix et la toux pendant les derniers jours de la vie. Au niveau de l'angle rentrant formé par la rencontre des deux moitiés du cartilage thyroïde, la membrane muqueuse présente une sorte d'ulcération.

Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur du poumon gauche est notablement congestionné.

Le foie et la rate ont leur aspect à peu près normal. Absence complète d'abcès métastatiques. Il en est de même des reins.

Examen du moignon. — La cicatrice terminale n'est interrompue dans sa continuité par aucun trajet fistuleux; elle est solide, peu étendue. Une dissection attentive des parties constituantes du moignon nous montre l'artère crurale oblitérée dans une longueur de 4 centimètres par un caillot fibrineux qui remonte jusqu'à la première collatérale, laquelle est une petite branche musculaire qui s'enfonce dans le triceps.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est sans contredit l'extrémité de l'os, dont la cavité centrale est complétement oblitérée par

une espèce de bouchon faisant relief à l'extrémité de l'os et présentant dans toute son épaisseur des sels calcaires que la section au moyen des instruments tranchants fait facilement reconnaître. Le tampon a ceci de curieux, qu'il donne naissance à un cordon fibreux qui va s'implanter dans la cicatrice, de telle sorte que l'os présente ici la disposition habituellement réservée, dans les moignons des amputés, aux cordons nerveux, qui, après s'être renflés considérablement, vont s'implanter au moyen d'un appendice fibreux dans le tissu cicatriciel. Un petit séquestre annulaire entoure l'extrémité de l'os au niveau de la section et immédiatement au-dessus du séquestre. Ce périoste enflammé paraît avoir sécrété de la matière osseuse qui augmente considérablement l'épaisseur de la couche compacte.

M. Roux a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Chassaignac, et cependant il se demande, après avoir suivi les développements donnés à l'histoire du malade dont il s'agit, si vraiment on est en droit de généraliser les dispositions anatomiques observées ; ces désordres, fort bien décrits par M. Chassaignac, doivent-ils être considérés comme appartenant à l'ostéo-myélite ? Ne sont-ils que des phénomènes passagers et sur lesquels on ne saurait édifier une histoire nouvelle des affections des os?

Le malade paraît à M. Roux avoir présenté des accidents qui sont propres à l'inflammation du périoste. L'âge du malade, la marche de l'affection, le siége qu'elle a choisi, sont autant de circonstances qui semblent devoir faire admettre cette opinion. Quand la périostite survient chez de jeunes sujets affectant presque spécialement les membres inférieurs, elle s'accompagne, comme dans ce cas, d'accidents inflammatoires phlegmoneux de tout le membre. La peau est tendue, luisante, douloureuse, chaude, il se forme des abcès, et quand on les ouvre on trouve l'os dénudé.

Quelquefois ces accidents graves guérissent bien, et l'os se recouvre sans qu'il y ait eu d'exfoliation sensible.

En résumé, dit en terminant M. Roux, je suis porté à admettre que dans ce cas le malade était bien réellement atteint de périostite. La périostite a été l'affection primitive. Comment s'est ensuite développée l'ostéo-myélite? C'est un point qui reste douteux.

M. Chassaignac répond en ces termes :

Les remarques d'ailleurs si judicieuses de notre illustre maître M. le professeur Roux me prouvent que nos études sur la distinction clinique de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique aigu sont plus avancées que nous ne le supposions. Nous dirons donc que ces deux affections ont des caractères différentiels parfaitement appréciables.

Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement. Dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite a ceci de particulier, qu'il se termine brusquement, offrant un rebord saillant et dur juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade. L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement de phlegmon diffus et de périostite. L'abcès sous-périostique aigu ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os, ni l'infiltration purulente générale du membre.

L'ostéo-myélite se propage d'un os à l'autre, et par une marche ascendante vers la racine des membres à travers les articulations qui deviennent purulentes. L'abcès sous-périostique aigu reste généralement borné à la section du membre dans laquelle il est apparu. S'il se manifeste sur d'autres points dans un même membre, ce n'est pas par voie de propagation directe et sans interruption, comme cela a lieu pour l'ostéo-myélite.

Nous aurons bientôt, du reste, l'occasion de revenir sur cette question importante, à l'occasion d'une jeune fille qui doit être présentée à la Société, et chez laquelle l'usage de douches abondantes rendues acidules par l'acide hydrochlorique en faible proportion a hâté la disparition de la nécrose consécutive aux abcès sous-périostiques aigus. C'est peut-être là le seul cas d'application de ces injections acidulées qui, employées contre des séquestres plus épais, ainsi que cela paraît avoir été fait par Delpech, n'ont alors presque aucune chance d'efficacité.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 19 mars 1853.

Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur érectile veineuse traitée par la vaccination.

M. Chassaignac montre à la Société une jeune enfant qui présente sur la partie inférieure et latérale droite de la poitrine une tumeur veineuse offrant le volume et la forme d'une moitié d'œuf de poule. Une vingtaine de boutons de vaccine ont été inoculés sur tout le pourtour de la tumeur; ils sont actuellement en pleine suppuration. Il a été impossible de faire les inoculations sur la tumeur même, en raison de l'écoulement sanguin que déterminaient les ponctions avec la lancette.

M. Chassaignac a été encouragé à essayer ce mode de traitement par le succès remarquable obtenu par M. Marjolin sur une jeune fille qui était affectée d'une tumeur de même nature, envahissant la totalité du cuir chevelu, du cou, la face et la membrane muqueuse buccale. (Nous ajouterons que la malade de M. Marjolin est guérie depuis sept ans.)

Correspondance manuscrite.

La Société reçoit une lettre du docteur Smith, directeur général du service de santé de l'armée et de l'artillerie anglaises, qui accuse réception des *Mémoires de la Société de chirurgie*, fascicules 2 et 3 du tome III.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit l'*Association medical journal*, n° X, march 11 1853.

M. Giraldès fait don des ouvrages suivants :

1° *Observations de chirurgie de Le Dran*, 2 volumes;

2° *Traité des opérations de chirurgie de Le Dran*, 1 volume ;

3° *Opérations de Desault*, 2 volumes. (Remercîments à M. Giraldès.)

Lectures.

M. Voillemier continue et termine la lecture de son mémoire *sur les injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature.* (Commission : MM. Robert, Jarjavay et Lenoir.)

M. Michon termine la lecture du mémoire de M. Hervez de Chégoin *sur les tumeurs du sein.* (Commission : MM. Michon, Danyau et Cullerier.)

Rapports verbaux.

M. Broca s'est chargé, en remplacement de M. Lebert, de rendre compte de plusieurs travaux imprimés adressés à la Société de chirurgie. Il a d'abord examiné une thèse de M. Bigelow. L'auteur a exposé avec lucidité dans son travail, intitulé : *Recherches sur les calculs de la vessie et sur leur analyse micro-chimique* (Thèse inaugurale; Paris, 1852), les connaissances acquises. M. Broca signale comme montrant un intérêt spécial un magnifique atlas annexé à la thèse. M. Bigelow a reproduit avec le plus grand soin les caractères physiques des différents calculs soumis à l'examen microscopique. On peut, par ce simple examen sans analyse chimique, reconnaître la nature intime des calculs.

— M. Deguise fils donne en ces termes l'analyse d'une brochure intitulée : *Note sur les goîtres estival épidémique et variqueux obser-*

vés dans le département du Puy-de-Dôme, lue à la séance académique de janvier 1852 par M. Nivet (de Clermont) :

Les deux ou trois faits de goître variqueux observés chez des femmes en état de gestation et au moment de la parturition qui terminent la note de M. Nivet ne me paraissent pas devoir être rattachés à la forme épidémique observée par notre confrère. Il y a eu là une simple coïncidence, comme on en rencontre quelquefois.

Ce qui m'a semblé le plus saillant dans le travail de M Nivet, c'est la cause, suivant moi, très exagérée qu'il attribue à la production de ce goître épidémique. Ainsi, d'après cet observateur, la production du goître estival épidémique serait presque exclusivement due à la température de l'eau prise le corps étant en sueur; et, à cet effet, M. Nivet rapporte un certain nombre de faits appartenant à des collégiens ainsi qu'à des militaires, qui lui semblent appuyer sa manière de voir.

Je ferai observer, sans entrer dans la discussion de la cause réelle du goître (influences climatériques, nature intime des eaux et des terrains qu'elles traversent), que ce goître estival épidémique devrait être beaucoup plus commun s'il suffisait, pour l'acquérir, de se trouver dans les conditions indiquées par M. Nivet.

En Afrique, j'ai vu bien souvent des soldats couverts de sueur boire à longs traits de l'eau quelquefois très froide, et cependant je ne me rappelle pas avoir vu ou avoir entendu raconter des faits se rapprochant du goître épidémique observé par M. Nivet.

Sans nier l'influence de la température de l'eau prise le corps étant en sueur, je suis disposé à admettre encore le concours d'autres causes, et je ne reproche à M. Nivet que d'être trop exclusif.

Au reste, cette variété de goître s'est constamment montrée fort bénigne, et a toujours cédé en quelques semaines à l'emploi de topiques émollients ou de frictions iodées.

Je ne puis pas finir cette analyse sans faire observer que le travail de M. Nivet a été le sujet d'une réclamation présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 21 juin 1852. M. le docteur Valat, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité d'Autun, a réclamé pour M. le docteur Guyton (d'Autun) la priorité de la constatation du goître aigu épidémique. D'après M. Guyton, ce goître épidémique ne dure qu'un ou deux septenaires, cède facilement, et ne laisse pas après lui de goîtres définitifs ou chroniques.

M. Robert demande à M. Deguise si le goître décrit par M. Nivet n'était pas un simple gonflement inflammatoire de la glande thyroïde.

M. Deguise répond que dans aucun des cas il n'y a eu de suppura-

tion ni d'accidents. Le traitement a été très simple et a constamment été suivi de succès.

M. Robert ajoute qu'en adressant cette question il a voulu éclaircir un point qui lui paraissait assez obscur. Il lui avait semblé, en effet, que M. Nivet avait fait une sorte de confusion entre lés goîtres qu'il avait observés et ceux qu'on voit se produire chez les femmes pendant les efforts de la parturition.

M. Deguise répond que M. Nivet n'a pas fait la confusion qu'on lui reproche; seulement il a ajouté à son mémoire trois cas de goître qu'il décrit sous le nom de goîtres variqueux.

M. Larrey a eu souvent l'occasion de voir chez les militaires un engorgement du corps thyroïde se développer sous l'influence de causes analogues à celle qui a été signalée par M. Nivet; mais cette cause, ou l'ingestion de l'eau froide lorsque le corps est en sueur, n'est pas la seule dont on doive tenir compte. Ainsi les jeunes soldats, peu habitués en général à supporter la gêne déterminée par le col d'uniforme, s'empressent de mettre leur cou à l'air après une marche forcée ou une corvée qui ont déterminé une forte transpiration. Cette cause toute physiologique, jointe à la pression mécanique exercée par les vêtements, provoque quelquefois l'apparition du goître, ou pour mieux dire l'inflammation aiguë et le gonflement du corps thyroïde, lorsque surtout cette thyroïdite se manifeste chez un certain nombre d'individus réunis dans des localités où règne le goître endémique.

M. Larrey se propose, du reste, de faire sur ce sujet quelques recherches qu'il pourra communiquer à la Société.

M. Roux rappelle que dans une autre enceinte il avait déjà, à propos d'un excellent travail de M. Larrey sur les tumeurs du cou, émis l'idée que l'habitude de fumer pouvait exercer une influence marquée sur le développement de ces affections glanduleuses si fréquentes chez les soldats.

L'honorable professeur saisit l'occasion de signaler de nouveau l'action pernicieuse du tabac, et propose à la Société, comme digne de l'occuper spécialement, cette intéressante question d'étiologie d'une foule d'affections.

M. Giraldès demande si dans le mémoire de M. Nivet il est fait mention de la composition chimique des eaux dans le pays où s'est montré le goître. On sait en effet que M. Granger a démontré par des travaux exécutés avec le plus grand soin l'influence marquée des eaux magnésiennes sur le développement du corps thyroïde; influence tellement instantanée, qu'on peut presque immédiatement l'apprécier.

M. Deguise répond que M. Nivet ne s'est absolument occupé que

d'une forme de goître purement accidentel et épidémique qui lui a paru naître uniquement sous l'influence de l'eau froide. Du reste, M. Deguise ajoute qu'il n'est pas très disposé à partager l'opinion de M. Nivet, car, comme il l'a fait déjà remarquer, si l'eau froide était susceptible d'exercer une telle action, on en verrait bien plus souvent des exemples, surtout en Algérie.

Anatomie pathologique. — Compression exercée sur la trachée par des masses ganglionaires. — Trachéotomie. — Mort par asphyxie.

M. Chassaignac présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade dont il s'agit offrait des symptômes d'asphyxie tellement imminents que l'on dut pratiquer la trachéotomie. Cette opératiou ne put prolonger la vie que pendant vingt-quatre beures. A l'autopsie, on reconnut qu'une masse tuberculeuse considérable comprimait la trachée, près de sa division.

M. Chassaignac se propose de communiquer l'observation de ce fait dans une prochaine séance.

M. Guersant, après cette communication, signale la fréquence de faits semblables à l'hôpital dès Enfants. Dernièrement encore, dit M. Guersant, j'ai eu dans mon service une jeune fille qui avait une tumeur analogue comprimant complétement la bronche gauche.

Je n'ai pas jugé à propos de tenter cette opération, vu l'état désespéré de la petite malade, qui présentait des tubercules pulmonaires. L'asphyxie s'est produite, mais avec une excessive lenteur, ce qui est la règle dans les cas de ce genre.

M. Houel demande si dans ces deux cas signalés par M. Chassaignac et M. Guersant, on s'est enquis de l'état des nerfs récurrents laryngés. Si en effet on peut admettre que la pression exercée par les tumeurs ait été en partie cause de l'asphyxie, il devient néanmoins nécessaire de rechercher s'il n'existerait pas une cause plus probable de cette affection, à savoir la pression exercée par la tumeur même sur les nerfs récurrents.

La pièce sera mise à la disposition de M. Houel pour être examinée dans ce sens.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 23 mars 1853.

Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite.

M. Borelli (de Turin), membre correspondant, adresse la dernière partie de son travail sur les injections iodées employées comme moyen thérapeutique dans certaines affections chirurgicales.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

Les nos 33, 34 et 35 de la *Gâzette des Hôpitaux;*

Les nos 33, 34 et 35 du *Moniteur des Hôpitaux*;

Le no XI *Association medical journal;*

Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections en général, et les injections iodées en particulier, par M. Boinet;

Recherches sur quelques points de l'anatomie pathologique du rachitisme, par M. Broca;

Études historiques et médicales sur l'usage des corsets, par M. Bouvier.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Huguier communique l'observation suivante :

Le 1er janvier 1853, on amena à l'hôpital Beaujon le nommé Delaplace, âgé de vingt-six ans; il venait de tomber à la renverse de la hauteur d'un deuxième étage sur un tas de décombres. A la suite de cet accident il resta un quart d'heure environ sans connaissance, et lorsqu'il revint à lui il s'aperçut que ses membres inférieurs ne pouvaient plus se mouvoir et qu'ils étaient insensibles.

Le blessé éprouvait une vive douleur au niveau de la troisième vertèbre lombaire, et la pression sur ce point l'augmentait. La sensibilité est entièrement abolie dans toute la région fessière; en avant le pli inguinal marque la limite de la perte du sentiment. La vessie et le rectum sont également paralysés. On est obligé de sonder le malade.

Le 3 janvier, M. Landry, interne de l'hôpital, a électrisé plusieurs fois Delaplace, et a observé ce qui suit : les membres inférieurs sont absolument privés de mouvement, et, quelle que soit la volonté du malade, il ne peut en déterminer aucun dans les orteils, les pieds, la

jambe ou la cuisse. Les muscles de l'abdomen se contractent volontairement. Depuis les orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, le malade n'apprécie nullement le toucher simple, les piqûres légères ou profondes ou les changements de température. A partir du tiers supérieur de la cuisse la sensibilité reparaît, mais elle est obtuse.

L'insensibilité de la jambe était telle, que lorsque l'aiguille à acupuncture, après avoir été assez fortement enfoncée, fut mise en contact avec l'appareil électrique de Breton, le malade dit qu'il n'éprouvait aucune douleur; seulement il prétendit qu'il sentait remuer ses orteils et ses pieds; il indiquait effectivement la direction des mouvements que les contractions musculaires imprimaient à la jambe sous l'influence de l'électricité. Comme on pouvait craindre une erreur, on banda les yeux du malade, et à plusieurs reprises le résultat fut le même. Pareillement, si l'on essayait avec la main de faire mouvoir le pied ou la jambe sans remuer la cuisse, le malade rendait parfaitement compte du mouvement imprimé.

La contractilité musculaire semblait normale; il suffisait de faibles doses d'électricité pour la développer; cependant il fallait une dose moins forte pour déterminer des contractions dans les membres supérieurs.

Pendant cet intervalle de temps le ventre fut tenu libre, des cataplasmes émollients furent appliqués sur la région lombaire, et une saignée de 5 palettes fut pratiquée.

Du 4 au 11 janvier, les symptômes allèrent toujours en s'aggravant. A cette époque, on remarque que le malade n'apprécie plus les mouvements qu'on imprime aux pieds ou aux jambes; la contractilité musculaire est sensiblement diminuée; et même, lorsque le courant électrique est dirigé sur le trajet d'un cordon nerveux au moyen de l'électro-puncture, on ne peut plus faire mouvoir les membres. On n'obtient que des contractions fibrillaires, quelle que soit l'intensité du courant.

Du 11 au 27 janvier, l'état devint encore plus alarmant; l'appétit disparut, la soif était vive. Malgré la précaution de le sonder plusieurs fois par jour, le malade ne pouvait plus conserver ses urines; les selles étaient involontaires, et de larges eschares se formèrent au sacrum.

Dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, arrivée le 8 février, le malade avait la respiration très gênée; il était tourmenté par des nausées et des vomissements. L'intelligence fut conservée jusqu'aux derniers instants.

Autopsie. — Après avoir enlevé les parties molles qui recouvrent la

partie postérieure de la colonne vertébrale, on trouve qu'à la région dorsale il y a trois vertèbres, les 10e, 11e et 12e, dont les apophyses épineuses sont déjetées à droite et à gauche, et un peu écartées l'une de l'autre; cependant on ne découvre pas encore de fracture. En examinant la colonne vertébrale en avant, on trouve que le corps de la 12e vertèbre dorsale a presque disparu et est remplacé par une saillie séparant l'un de l'autre le disque intervertébral inférieur de la 11e vertèbre dorsale et le disque supérieur de la première lombaire. Une fissure occupant la partie moyenne de l'enveloppe aponévrotique qui revêt cette saillie laisse voir une fracture par écrasement occupant tout le corps de la 11e vertèbre, moins les parties latérales, qui ont à peu près leur hauteur normale, tandis que la partie moyenne n'a à peu près que la moitié de sa hauteur. Le corps de la 10e vertèbre lombaire est aussi fracturé en avant, mais presque sans déplacement.

Examen de la moelle et de ses enveloppes. — Au-dessus et au-dessous de la fracture, la moelle est saine; il n'existe dans la gaîne qu'un peu de sérosité légèrement teinte de sang. La queue de cheval est dans l'état normal. Au niveau de la fracture, on trouve une saillie en arrière de toute l'épaisseur de la moelle. Cette courbure est due à la saillie du corps de la vertèbre fracturée. Dans ce point, la moelle présente à sa partie postérieure une déchirure, et son tissu n'est plus qu'une sorte de détritus blanchâtre. A cet endroit, l'arachnoïde présente une déchirure de près d'un centimètre d'étendue.

On connaît les opinions de M. Marshall-Hall sur les fonctions respectives de la moelle et du cerveau. La moelle, suivant ce physiologiste, aurait pour propriété d'entretenir la contractilité musculaire, et le cerveau celle de l'épuiser: aussi rapporte-t-il à une lésion, soit matérielle, soit fonctionnelle, de la moelle toutes les paralysies dans lesquelles on constate l'abolition de la contractilité électro-musculaire. Malgré l'erreur contenue dans cette assertion trop absolue, elle contient cela de vrai que toute altération profonde de cet organe entraîne tôt ou tard le trouble fonctionnel dont il est question. L'observation précédente en est une preuve; mais il est des faits pathologiques qui font exception à cette règle.

Un autre fait bien digne de remarque, c'est que chez ce malade toute sensation de contact, de température ou de douleur était totalement abolie, aussi bien dans les parties profondes que sur la peau; malgré cela il avait très bien, pendant les premiers jours, le sentiment des mouvements imprimés à ses pieds, soit par une main étrangère, soit sous l'influence de l'électricité, comme l'a observé M. Landry. Non-seulement il ressentait ces mouvements, mais il en appréciait l'é-

nergie et la direction. Cette persistance dans la perception de l'action musculaire coïncidant avec l'abolition de tout autre sentiment semble confirmer ce qui a été dit récemment sur l'existence d'une sensation particulière d'activité musculaire qui paraît être essentiellement distincte des autres sensations cutanées ou profondes.

M. Gerdy. L'observation que vient de nous communiquer M. Huguier vient à l'appui des observations que j'ai faites sur les diverses natures de sensibilité. Aussi, rien d'étonnant que ce malade conservât le sentiment du mouvement qu'on imprimait à ses jambes, tandis qu'il ne sentait plus les aiguilles qu'on enfonçait.

De l'emploi des ponctions exploratrices aidées du microscope comme élément de diagnostic.

M. Marjolin. Dans la séance du 16 février dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs tumeurs enkystées siégeant dans le creux axillaire et remontant jusqu'au-dessous de la clavicule. Ces tumeurs, qui, par leur aspect et leur développement, semblaient être de nature tuberculeuse, examinées au microscope par MM. Robin et Follin, ont présenté l'élément cancéreux dans toute sa pureté. Ce matin la malade est sortie de mon service entièrement guérie quant à présent. Si plus tard il survenait une récidive, j'aurais soin de vous tenir au courant.

Aujourd'hui je mets sous vos yeux une tumeur cancéreuse du sein, enlevée sur une femme encore jeune. Les divers symptômes observés pendant la marche de la maladie et l'aspect de la tumeur ne m'avaient laissé aucun doute sur sa nature; aussi n'ai-je été nullement supris de constater, à l'aide du microscope, la présence des cellules cancéreuses.

J'ai pensé, en présence de ce fait, que l'occasion était favorable pour rechercher jusqu'à quel point on pouvait établir le diagnostic sur des ponctions exploratrices aidées du microscope. A cet effet, le lendemain de l'opération, après avoir eu la précaution de conserver la tumeur dans une température égale et à l'abri de la chaleur pour empêcher sa décomposition, à deux reprises différentes je l'ai traversée dans son plus grand diamètre avec un petit trocart à hydrocèle; j'avais eu soin de faire faire sur la canule sept ouvertures de 3 à 4 millimètres d'étendue, de manière à laisser un libre accès aux liquides ou aux tissus lorsque je viendrais à retirer le trocart. La tumeur, qui était assez dure, n'a pu être traversée que très difficilement. Une première ponction n'a rien ramené, et à la seconde M. Mandl, qui avait bien voulu m'assister dans cette recherche, a eu beaucoup de peine à trouver suffisamment de tissu pour en soumettre quelques parcelles au microscope, et l'examen qui en a été fait n'a donné que des résultats

fort douteux. Cette première expérience, faite avec toutes les précautions qu'exige ce genre de recherches, ne suffira pas, comme bien vous devez le croire, pour juger une question aussi délicate; il serait donc, je crois, important, pour arriver assez promptement à sa solution, que chacun d'entre nous la répétât. J'ajouterai, en terminant, que jamais les ponctions exploratrices ne pourraient être faites avec un trocart semblable sans exposer les malades à de très vives douleurs et à des accidents consécutifs souvent très graves. Si j'ai agi de la sorte, c'est que je voulais voir si, même en exagérant la puissance des moyens, on aurait un résultat.

M. Giraldès. Je ferai remarquer que l'instrument employé par M. Kys pour ces sortes de ponctions est beaucoup plus petit.

M. Gerdy. Aux précautions qui ont été prises, il faudrait peut-être ajouter les suivantes : rendre l'ouverture des fenêtres de la canule aussi tranchante que possible ; retirer à moitié la canule et la faire refouler de nouveau dans la voie qu'elle a parcourue, de manière qu'elle agît comme un emporte-pièce : de cette façon, on obtiendrait probablement une quantité suffisante de tissus.

Quant aux accidents, il est toujours facile d'éviter les gros troncs vasculaires ou nerveux, et si des accidents consécutifs se manifestaient, on est toujours à même de les combattre ; il ne faut donc pas avoir tant de crainte pour l'emploi de ce moyen, qui pourra peut-être fournir des éléments précieux pour le diagnostic.

M. Robert. M. Marjolin, dans les réflexions judicieuses qu'il vient de vous présenter, a voulu seulement démontrer le peu d'utilité des ponctions exploratrices appliquées au diagnostic des tumeurs solides. Quant à moi, je vais plus loin ; je repousse ces ponctions, non-seulement parce qu'elles sont inutiles, mais parce qu'elles peuvent être dangereuses. Il n'est permis, suivant moi, de recourir au trocart explorateur que lorsque l'on soupçonne dans la tumeur l'existence d'un liquide ou d'une substance organique molle, et c'est, du reste, dans ces limites d'application que ce moyen d'investigation est employé par la plupart des chirurgiens. Si on est certain qu'une tumeur est solide, la ponction fournira peu de lumières sur les indications opératoires. En effet, en supposant même que la canule pût amener quelques-uns des éléments histologiques de la tumeur, ce n'est point dans la connaissance de ces éléments que le praticien devrait puiser les motifs principaux d'agir avec l'instrument tranchant ou de s'abstenir ; comme l'a dit avec justesse M. Forget, ce serait réellement amoindrir la chirurgie que de se baser sur de telles notions. Une tumeur solide étant donnée, cancéreuse ou non (jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'on ne doit

opérer aucun cancer), le chirurgien devra se déterminer d'après le volume, la circonscription de la tumeur, son degré de mobilité ou d'adhérence, ses connexions, son isolement ou sa coïncidence avec d'autres tumeurs, sa marche plus ou moins rapide, les troubles qu'elle apporte ou peut apporter ultérieurement dans l'exercice des fonctions, et enfin l'état général de la constitution.

J'ajouterai que les ponctions exploratrices doivent être sobrement employées, parce qu'elles ne sont pas exemptes de dangers; elles peuvent amener des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses au sein de la tumeur; elles peuvent hâter la dégénérescence de celles dont la nature est maligne. Enfin des accidents singuliers peuvent s'ensuivre, ainsi que le prouve le fait suivant.

Il y a une dizaine d'années environ, un jeune homme ayant les apparences d'une bonne santé me consulta pour une tumeur assez volumineuse qu'il portait dans la bourse droite; comme il existait de la transparence à la partie antérieure, je crus devoir la vider à l'aide d'un trocart explorateur, afin de pouvoir mieux étudier ensuite l'état du testicule. Un quart d'heure ne s'était pas écoulé depuis cette ponction, que le malade accusa une douleur atroce dans le ventre ; il fut pris des symptômes d'une péritonite sur-aiguë, et succomba en douze heures. Etonné autant qu'effrayé d'un fait aussi étrange, je fis l'ouverture, et je trouvai que la tumeur du testicule était un sarcocèle complétement ramolli, n'ayant aucune connexion directe ou indirecte avec l'abdomen. La cavité du péritoine était remplie par du sang et un détritus encéphaloïde. En cherchant, je trouvai derrière le lobe droit du foie une tumeur du volume d'une orange, formée de matière encéphaloïde, également ramollie et sous-jacente au péritoine. Cette tumeur s'était sans doute rompue sous l'influence du léger spasme produit par l'opération, et avait donné lieu à une péritonite.

M. Marjolin. Je suis très heureux de voir, dans cette circonstance, notre honorable collègue M. Robert venir appuyer de son expérience ce que j'ai dit sur la valeur et l'opportunité des ponctions exploratrices; mais ce serait grandement se méprendre que de vouloir me faire dire que je regarde ce moyen comme tout à fait inutile. J'ai dit, et je le répète encore, que, dans les cas où la symptomatologie ne nous fournit pas des éléments suffisants pour porter un diagnostic précis, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice pour prendre une détermination ; mais il faut être très réservé sur ce genre d'investigation, car l'expérience nous démontre que si nous différons l'opération, ou si nous sommes obligés d'y renoncer par suite de la nature même de la maladie, il survient assez souvent des accidents

d'une gravité telle que les jours du malade peuvent être en danger.

Aujourd'hui une question toute nouvelle nous est soumise, celle de savoir quel avantage on peut tirer d'une ponction exploratrice pour connaître la nature intime d'une tumeur à l'aide du microscope. Loin de repousser ce nouveau moyen d'investigation, qui rend alors l'emploi du microscope précieux comme moyen clinique, il faut l'étudier avec soin, sans prévention, et voir si le diagnostic en deviendra réellement plus précis.

Ce n'est donc plus, comme vous le pressentez, par un simple motif de curiosité que je me suis livré à cette recherche, mais pour voir si réellement nous trouverons dans les ponctions exploratrices aidées du microscope des éléments de diagnostic capables de compenser tous leurs inconvénients.

Pour résoudre cette question, il faudra, après leur extirpation, examiner, comme je l'ai fait, toutes les tumeurs et consigner avec exactitude combien de fois nous serons d'accord avec le diagnostic qui nous a déterminés à entreprendre l'opération ; seulement il ne faut pas oublier que c'est une difficulté de plus que nous allons apporter dans l'appréciation des faits, qu'il y a là toute une éducation à faire, et que, lors même que nous serions familiers avec toutes les finesses du procédé, à chaque instant nous trouverons des obstacles matériels presque insurmontables, peut-être même d'autres sources d'erreur.

Enfin j'admets que, dans une circonstance difficile, ne trouvant pas dans la symptomatologie assez d'éléments pour arriver à un diagnostic précis, avant de prendre une détermination, vous recouriez à ce nouveau mode d'examen, qui n'a, à ma connaissance, été employé par aucun de vous, même dans les cas les plus obscurs ; que faudra-t-il faire lorsqu'on aura la certitude qu'il s'agit d'un cancer ? Tout récemment vous avez entendu dire dans cette enceinte que « la statistique démontrait que le cancer était incurable, tandis que pour le tissu fibro-plastique la curabilité était la règle. » Supposez que cette nouvelle loi posée par M. Lebert soit vraie, qui d'entre nous osera entreprendre l'extirpation d'une de ces épouvantables tumeurs qui occupent une moitié de la face ? Nous hésiterons, et, par la suite, il en résultera une incertitude fâcheuse, qui fera repousser dans d'autres cas des opérations indiquées.

Comme vous le voyez, il est donc bien important d'arriver à la solution de cette question, solution qui pourra être obtenue assez promptement sans aucun préjudice pour les malades, si chacun de nous veut répéter la même expérience et faire part de ses résultats.

Lorsque notre honorable collègue M. Gerdy nous a objecté qu'avec

du soin on peut éviter les troncs vasculaires ou nerveux, j'aurais pu lui répondre que je faisais abstraction de ce genre d'accidents. Encore ne faut-il pas perdre de vue que souvent des organes importants, qu'il faut éviter, sont déplacés par les tumeurs. Ce que je ne partage pas, c'est son peu de crainte pour les accidents consécutifs, accidents souvent mortels.

Enfin il est une considération que je ne puis passer sous silence, c'est l'influence morale que ce nouveau genre d'investigation peut produire sur le malade. Aujourd'hui que chaque découverte se trouve connue de tous, votre client est en droit de vous demander le résultat de votre examen; il peut lui-même, si le microscope ne vous est pas familier, vous guider dans votre recherche. Qu'aurez-vous à lui répondre lorsqu'il verra par lui-même, ou qu'il devinera par votre abstention qu'il est incurable? Vous l'aurez privé d'une grande ressource, de l'espoir, et désormais vous ne pourrez plus rien pour remonter son moral.

M. Richet. J'ai été témoin d'un fait qui vient à l'appui de ce que vient de nous dire M. Robert. Un chirurgien ayant été appelé près d'un postillon, homme fort et bien constitué, qui portait à la partie supérieure de la cuisse une tumeur dont la nature était douteuse, crut devoir, pour éclairer le diagnostic, pratiquer une ponction exploratrice avec un bistouri à lame très étroite; à peine l'eut-il retiré qu'il sortit un jet de sang rutilant et saccadé : c'était un anévrisme. La plaie fut réunie par un point de suture et le malade conduit à la Maison de santé. M. Monod, dont j'étais alors l'interne, pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe. Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, les lèvres de la première petite plaie se gangrenèrent et devinrent le point de départ d'un sphacèle qui s'étendit bientôt à toute la partie anévrismale, et le malade succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes que c'était un anévrisme diffus de l'artère crurale. (On trouverait de plus amples détails en consultant l'observation que j'ai publiée dans les *Archives de médecine*, année 1840, n° de juin.)

N'est-il pas évident que la ponction exploratrice a été la cause déterminante d'accidents qui ne seraient pas survenus sans cette circonstance? Et cependant elle avait été faite avec un bistouri à lame étroite. Que serait-il donc arrivé si on se fût servi d'un trocart?

Je me crois donc autorisé à dire avec M. Robert qu'il ne faut user des ponctions exploratrices qu'avec les plus grands ménagements, et alors seulement que tous les moyens rationnels de diagnostic sont restés sans résultat pour établir une opinion. Il est certain que dans le cas dont je viens de parler l'auscultation de la tumeur, si elle eût été faite,

aurait pu mettre sur la voie, car on pouvait manifestement entendre un bruit de souffle.

M. Lallemand. Avant de recourir à des moyens qui ne sont pas sans inconvénients, je crois qu'il faut avoir grand soin de s'entourer de tous les renseignements qui peuvent porter du jour dans des questions obscures; c'est souvent en interrogeant chaque organe, en examinant comment ses fonctions se remplissent, qu'on peut arriver au diagnostic véritable. Je me souviens d'avoir été consulté par un jeune homme ayant les deux testicules inégaux, tuméfiés. L'absence de toute transparence dans les deux tumeurs avait fait craindre l'existence d'un double sarcocèle. Ce malade, avant l'opération, voulut avoir mon avis. Je l'examinai avec soin, et comme il était marié, je lui demandai comment il remplissait ses fonctions maritales. Sa réponse fut que jamais il n'avait ni cessé, ni même diminué. Sur ce je pensai qu'il s'agissait d'une hydrocèle, et je pratiquai une ponction. Il sortit un liquide visqueux semblable à de la lie de vin, et je constatai que les deux testicules avaient un volume normal.

M. Demarquay. Aux faits qui viennent d'être cités, j'ajouterai que dans un cas de tumeur douteuse des bourses, j'ai été témoin d'une ponction exploratrice qui détermina le lendemain des accidents très graves.

M. Giraldès. Malgré ce que nous a dit M. Robert, il est partisan des ponctions exploratrices; comme les autres chirurgiens, il les emploie dans les cas où le diagnostic des tumeurs est difficile ou obscur. Ce n'est que par une exagération de langage qu'il laisse supposer que les ponctions exploratrices sont employées à tout propos et sans but déterminé. Cette opération est indispensable dans un grand nombre de tumeurs formées par des kystes; le chirurgien a souvent besoin de connaître la nature du liquide ou de la matière qu'elles renferment pour pratiquer une opération convenable. Je vais plus loin, et j'ajoute que cette opération pourra devenir indispensable, si les prévisions annoncées par M. James Paget dans un cours sur les maladies cancéreuses, professé en 1852 au collége royal des chirurgiens de Londres, venaient à se confirmer. Il paraît résulter des recherches de ce chirurgien que les malades qui sont opérés pour des affections cancéreuses succombent dans un laps de temps plus court que si la maladie était abandonnée à elle-même sans être opérée.

M. Forget. La Société se rappelle comment la question des ponctions exploratrices a été introduite dans la discussion au sujet des tumeurs fibro-plastiques, à laquelle M. Robert vient de faire allusion. Ce n'est pas comme procédé de diagnostic général que nous

l'avons attaquée, mais bien comme moyen spécialement appliqué au diagnostic différentiel des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses. A mon avis, c'est là un point de pratique que la discussion récente a permis de juger d'une manière définitive. Il me semble que, la coexistence de l'élément cancéreux et fibro-plastique dans une même tumeur ne pouvant plus être contestée, la ponction exploratrice serait impropre à déterminer d'une manière certaine la nature d'un semblable produit pathologique.

Je rappellerai au surplus que, dans sa réponse aux objections qui lui ont été faites, M. Lebert lui-même a abandonné les ponctions pratiquées dans ces tumeurs, comme étant dangereuses et pouvant déterminer des accidents inflammatoires.

Quant à ce qu'a dit M. Giraldès de l'utilité de réserver les ponctions dont il s'agit pour les cas de tumeurs solides de nature douteuse, il me semble que l'exemple qu'il a pris n'est pas heureux. En suivant l'indication qu'il vient de donner, à savoir, de s'assurer si une tumeur est ou n'est pas cancéreuse, à cette seule fin de ne pas l'opérer dans le cas où il y aurait cancer, attendu que les cancéreux que l'on opère vivent moins longtemps que ceux auxquels on ne touche pas; en suivant, dis-je, cette indication, on s'exposerait à ponctionner précisément les tumeurs auxquelles il est le plus dangereux de toucher. N'est-ce pas en effet un précepte classique de respecter les tumeurs de mauvaise nature, et ne sait-on pas avec quelle rapidité elles se développent à l'occasion d'une simple piqûre.

M. Robert. Je fais usage des ponctions exploratrices pour des tumeurs liquides, comme Dupuytren et Récamier l'ont conseillé pour certains kystes ou des tumeurs du foie; mais quant aux tumeurs solides, il faut s'en abstenir. Je n'ignore pas qu'il y a des tumeurs cancéreuses qu'il faut respecter, mais il en est aussi dont l'extirpation prolonge la vie des malades, et tant qu'il ne me sera pas démontré que le cancer marche d'autant plus lentement qu'on y touche moins, je continuerai à opérer toutes les fois qu'il y aura indication.

M. Giraldès. En voulant détruire une partie de ce que j'ai avancé, M. Forget oublie une prémisse de mon raisonnement. J'ai dit en effet que les ponctions exploratrices dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses deviendraient indispensables si les prévisions de M. Paget se confirmaient, car il faudrait alors déterminer la nature des tumeurs, afin de savoir si elles devraient être opérées ou abandonnées.

Quant à M. Robert, il admet les ponctions exploratrices, surtout pour les tumeurs du foie. Mais, à mon avis, il y a plus de danger à les employer dans ces cas que dans ceux dont il a été question. En effet,

une tumeur peut être entourée de vaisseaux veineux très développés, et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, il suffit de la lésion d'un seul vaisseau par l'instrument explorateur pour amener une hémorrhagie mortelle. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas de tumeur du foie. Le malade succomba à la suite de la ponction avec tous les signes d'une hémorrhagie interne, et à l'autopsie je trouvai toute la cavité du péritoine remplie de sang veineux.

M. Larrey. La pratique des ponctions exploratrices, tendant à se généraliser de plus en plus, est certes avantageuse pour établir ou modifier le diagnostic de certaines tumeurs, constituées surtout par des liquides; et cette pratique peut être utile aussi à la connaissance exacte de quelques tumeurs solides, dont le produit devient appréciable à l'observation microscopique; mais les ponctions exploratrices ne sont pas sans inconvénients dans des cas même très douteux, et notamment lorsqu'elles s'appliquent à des tumeurs dégénérées ou cancéreuses. Il semble alors que l'irritation intérieure déterminée par l'instrument explorateur favorise le développement de la tumeur, hâte les progrès de la dégénérescence ou aggrave les accidents. Tel est du moins le résultat que j'ai observé, pour ma part, dans quelques cas dont le souvenir précis m'échappe, mais bien positivement chez un malade placé actuellement dans mon service de clinique au Val-de-Grâce.

Il s'agit d'un homme adulte atteint d'une tumeur cancéreuse de la cuisse. La cause accidentelle de cette tumeur a été une contusion assez violente survenue il y a près d'une année. Le développement primitif en a été assez lent; et, quoique la nature du mal ne laissât pas d'incertitude sur le diagnostic, une ponction exploratrice fut faite avec les précautions convenables dans un point ramolli en apparence fluctuant; il ne sortit que quelques gouttelettes de sang. Mais dès lors les douleurs lancinantes sont devenues tellement vives et prolongées, les progrès de la tuméfaction et du ramollissement si marqués de jour en jour et les symptômes réactionnels si redoutables que l'amputation de la cuisse, malheureusement prévue depuis longtemps, est à la veille d'être pratiquée.

La conclusion à tirer de ce fait et de ceux qui lui seraient comparables n'est-elle pas, ajoute M. Larrey, de recourir avec beaucoup de réserve aux ponctions exploratrices dans l'appréciation des tumeurs dégénérées ou cancéreuses?

M. Forget. Je ne crois pas avoir mal interprété les paroles de M. Giraldès en concluant qu'elles ne tendaient pas à autre chose qu'à faire pratiquer la ponction dans des tumeurs qu'il y a un grand inté-

rêt à ne pas léser. Si, comme vient de nous le dire notre honorable collègue, il résulte de recherches récemment publiées que les cancéreux non opérés vivent plus longtemps que ceux que l'on opère et qu'il y avait dès lors avantage de connaître la nature des tumeurs, afin de ne pas les opérer si elles étaient produites par des éléments cancéreux, la conséquence ici ne découle-t-elle pas naturellement des prémisses, et dès lors n'ai-je pas eu raison de dire que la ponction, seul moyen d'arriver à cette connaissance, était appliquée ainsi aux tumeurs qu'il faut surtout ne pas léser si on veut que le but que notre collègue a indiqué soit atteint, celui de voir se prolonger les jours du malade plus longtemps que si on l'opérait ?

Et, comme pour confirmer l'opinion que je venais d'émettre sur le danger de ces ponctions dans les tumeurs cancéreuses, M. Larrey a cité un fait qui rend la démonstration on ne peut plus frappante.

De la coagulation du sang par l'introduction du perchlorure de fer dans les vaisseaux artériels.

M. Lallemand. Dans mon dernier voyage, j'ai été témoin de plusieurs expériences faites à Lyon par un des membres de cette Société, notre honorable collègue M. Pravaz, et j'ai été tellement frappé de l'importance du résultat obtenu que je me crois obligé de vous en faire part, dans l'idée que vous pourrez de votre côté continuer ces expériences et les tourner au profit de plusieurs affections chirurgicales très graves. Il s'agit de la coagulation presque instantanée du sang dans les artères par suite de l'introduction d'une très petite quantité de perchlorure de fer dans le point même où l'on veut obtenir un coagulum.

Vous savez tous que dans ces derniers temps M. le docteur Pétrequin (de Lyon), d'après les recherches de M. Pravaz, a employé l'acupuncture et l'électro-puncture dans le but de coaguler le sang dans des tumeurs anévrismales; vous savez également que ce moyen, quelque ingénieux qu'il soit, n'est pas sans dangers. Frappé de divers inconvénients de cette méthode, M. Pravaz a cherché si la chimie ne pourrait pas à son tour lui fournir quelque moyen moins dangereux pour arriver au même résultat. Il fallait trouver un agent capable non-seulement de ralentir la circulation, mais de coaguler le sang : or le perchlorure de fer concentré coagule le sang en quelques instants, et son introduction dans les vaisseaux artériels n'a été suivie d'aucun accident.

Voici les expériences que j'ai répétées avec M. Pravaz pendant mon séjour à Lyon :

On ne se sert que de trocarts d'une finesse extrême; ils ne sont pas plus volumineux qu'une aiguille; une seringue très douce peut s'adap-

ter sur eux. Le piston de cette seringue est gradué et n'avance qu'au moyen d'un pas de vis très fin, de telle sorte que non-seulement on évite toute secousse, mais l'injection est mesurée, chaque tour de vis donnant une quantité de gouttes fixée, il est facile de connaître combien on en a injecté.

Notre première expérience a été faite sur un mouton; la carotide ayant été mise à nu, le trocart a été introduit, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer ont été injectées ; pendant l'opération, nous avions eu la précaution de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous. Sur-le-champ nous avons senti le vaisseau devenir plus ferme. Au bout de deux mois, le mouton ayant été tué, nous avons trouvé un petit caillot assez ferme, rougeâtre, obstruant la carotide.

Nous avons fait la même expérience sur des chevaux; là l'expérience était bien plus décisive : six gouttes de perchlorure de fer furent introduites dans la carotide; on pouvait évaluer à environ six cuillerées la colonne de sang comprise dans l'intervalle des deux points comprimés. Au bout de quatre minutes et demie, la compression fut abandonnée; pendant ce temps, le caillot avait déjà une consistance pâteuse; puis il s'est durci si rapidement qu'au bout de cinq minutes il donnait la sensation d'une olive; malgré la vive impulsion du cœur, le caillot est resté en place.

Le cheval a été abattu au bout de six minutes, et nous avons trouvé un caillot consistant : à son niveau, la membrane interne de l'artère présentait des plis longitudinaux et des rides transversales; au-dessus et au-dessous, rien de semblable.

L'expérience a été répétée sur un second cheval, qui a vécu dix jours sans accidents; à l'ouverture, nous avons trouvé un caillot très dur au centre et terminé en olive à ses deux extrémités; il s'arrêtait au niveau de la première collatérale.

Ce moyen n'a pas encore été employé sur l'homme, M. Pravaz n'ayant encore eu aucune occasion; il est bien à désirer qu'il réussisse, car ce serait d'un puissant secours dans plusieurs cas d'anévrisme. Seulement il y aura là des difficultés, le sang étant moins coagulable et les parois artérielles étant souvent très altérées. Comme opération, si elle doit réussir, ce sera un pas immense de fait, car on évitera une foule de difficultés des plus grandes.

M. Debout. Je commencerai par remercier M. Lallemand de cette communication, qui est d'un haut intérêt, et lui demanderai ensuite s'il ne craint pas de voir plus tard le caillot se dissoudre, car ce n'est pas tout de former un caillot; on a pu y arriver par l'électro-puncture; ce qu'il faut, c'est l'empêcher de se redissoudre; ainsi, dans

un cas d'anévrisme de l'artère brachiale, où l'on avait employé l'électro-puncture, un caillot du volume d'un œuf de pigeon fut obtenu en dix minutes; mais, comme il n'y avait pas eu une inflammation suffisante de la paroi artérielle, il s'est dissous, et M. Robert a dû recourir à la ligature.

M. Lallemand. On ne peut guère établir de comparaison entre les résultats obtenus par l'électro-puncture et ces derniers; dans le premier cas, comparativement, le caillot est lent à se former et il n'a pas autant de consistance. Là, au contraire, sa formation est rapide : il devient très promptement ferme, comme nous avons pu nous en convaincre en l'ouvrant. De plus, cette modification des parois de l'artère dont j'ai fait mention me paraît suffisamment expliquer pourquoi le caillot a pu résister à l'impulsion du cœur; j'ajouterai qu'en détachant les deux caillots par leurs extrémités j'ai trouvé des adhérences en forme de petites pellicules.

M. Debout. Le temps nécessaire pour obtenir des caillots par la galvano-puncture varie suivant la manière dont on agit. Ils se forment avec d'autant plus de rapidité que le courant électrique n'est pas interrompu.

M. Demarquay. Ayant fait dans ces dernières années des expériences de galvano-puncture qui m'avaient donné des résultats opposés à ceux de M. Debout, j'en parlai à M. Pouillet, qui me dit que, ce moyen présentant trop d'inconvénients et de difficultés dans son application, il était préférable de chercher si on n'arriverait pas au même résultat par l'emploi des sels de fer.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 30 *mars* 1853.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Larrey demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour lire à la Société une observation digne du plus grand intérêt, et qui lui a été adressée par l'un de ses anciens élèves du Val-de-Grâce, M. Raoult Deslongchamps, le jour même où, par une singulière coïncidence, M. le professeur Lallemand venait de communiquer à la Société les résultats si remarquables des expériences de M. Pravaz sur la coagulation du sang à l'aide du perchlorure de fer.

« Cette observation, dit M. Larrey, recueillie avec le plus grand soin, est sans doute le premier exemple d'application chez l'homme d'une méthode destinée à introduire dans la thérapeutique des anévrismes la modification, sinon la réforme la plus salutaire... »

Cas de guérison d'un anévrisme sus-orbitaire par l'injection de perchlorure de fer.

Dans une communication faite le 10 janvier 1853 à l'Académie des sciences sur un *nouveau mode d'opérer la coagulation du sang dans les artères, applicable à la guérison des anévrismes*, le docteur Pravaz, de Lyon, appelait sur sa découverte l'attention des expérimentateurs et des praticiens. Je me suis efforcé de répondre à cet appel, et voici un fait qui, je l'espère, mettra hors de doute la possibilité, la facilité et l'innocuité du traitement de certains anévrismes par les injections de perchlorure de fer concentré.

Le 5 janvier 1853, je fus consulté par le nommé Coutable, ouvrier serrurier, marié, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, demeurant rue Basse, nº 1, au Mans, pour une tumeur siégeant au-dessus du sourcil gauche. Il me raconta qu'il y a près de deux ans, en se livrant à l'exercice du bâton, il avait reçu un coup violent dans cette partie, sans plaie extérieure ; qu'il en était résulté une bosse sanguine, laquelle avait disparu au bout de quelques jours.

Il resta près d'un an sans rien remarquer d'anormal dans la région. Puis insensiblement il vit se développer une petite tumeur avec coloration un peu rosée de la peau et faibles pulsations, laquelle, au bout de six mois, avait acquis le volume d'une noisette. Il consulta alors un médecin qui diagnostiqua un anévrisme, lui proposa de le traiter par l'électro-puncture, et, sur son refus, lui conseilla d'éviter avec grand soin de ne jamais se laisser ouvrir cette tumeur. L'affection continua à faire des progrès jusqu'au moment de ma visite. Voici ce qu'une inspection attentive me permit de constater :

La tumeur, du volume d'un petit œuf de pigeon, à grand diamètre vertical, un peu aplatie, rouge surtout au centre, s'étendait en bas jusqu'à 8 millimètres au-dessus du rebord orbitaire et en dedans à 15 millimètres de la ligne médiane. Elle présentait un mouvement d'impulsion assez marqué pour frapper au premier coup d'œil. L'oreille appliquée sur elle n'entendait aucun bruit anormal, si ce n'est un petit frémissement, mais si fugitif que je n'ose affirmer l'avoir bien constaté. Au moyen du toucher, on sentait des pulsations assez énergiques, isochrones, ainsi que l'impulsion, aux battements du pouls ; ces pulsations augmentaient par la pression au-dessus de la tumeur et dimi-

nuaient en comprimant au-dessous, mais sans cesser complétement, tandis qu'elles disparaissaient en comprimant à la fois au-dessus et au-dessous. Je dois faire remarquer qu'on n'obtenait ce résultat qu'en évitant d'agir directement sur le bord orbitaire, où l'échancrure, probablement convertie en trou, soustrayait l'artère à la compression. La pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; puis, dès qu'elle n'était plus comprimée, elle revenait avec rapidité à son volume primitif; elle reparaissait encore, mais plus lentement, en tenant l'artère comprimée au-dessous d'elle, et même, dans ce cas, les battements s'y faisaient de nouveau sentir, mais un peu affaiblis. Du reste, la tumeur était tout à fait indolente et n'a jamais forcé Coutable à cesser son travail; à peine éprouvait-il, et seulement lorsqu'il y portait son attention, de vagues sensations de battements dans cette partie, et c'est uniquement l'envie d'être guéri d'une difformité et le développement continuel qu'elle prenait qui l'ont engagé à s'adresser à moi. D'après tous ces signes, il ne me fut pas difficile d'établir mon diagnostic. J'avais affaire à un anévrisme de l'artère sus-orbitaire.

Pour le traitement, plusieurs moyens s'offraient à mon esprit. La ligature par la méthode d'Anel ; mais la difficulté de cette opération, à cause du tissu dense et serré du front et du peu d'espace restant entre la tumeur et le bord orbitaire, et surtout l'incertitude du succès, puisque le sang ainsi que les battements revenaient dans la poche anévrismale, même pendant la compression de l'artère au-dessous d'elle, me la firent rejeter. L'incision du sac, plus sûre, mais plus difficile encore et très dangereuse surtout dans cette région, à cause des accidents inflammatoires auxquels elle aurait pu donner lieu, fut également repoussée. Je ne songeai qu'un instant à l'électro-puncture, à cause du manque d'appareil et de la crainte exagérée que le malade témoignait pour ce mode d'opération. Restait la compression, qui n'avait pas encore été essayée, et dont le siége de l'anévrisme, reposant sur un plan uni et résistant, semblait réclamer l'emploi. J'espérais que l'application continuelle des parois du sac l'une contre l'autre finirait par en déterminer l'adhésion. Je la pratiquai ainsi : je fis faire à mon malade, ouvrier intelligent, au moyen d'un ressort de pendule, un cercle flexible et très élastique, embrassant la tête, sur lequel était fixée une branche descendante terminée par une pelote qui venait s'appliquer sur la tumeur. Cet appareil, conservé jour et nuit, fut facilement supporté, causant à peine un peu de gêne et n'empêchant nullement le travail. Cette compression fut continuée pendant vingt-cinq jours sans succès bien marqué. Ainsi, dès qu'elle était supprimée, on

voyait la tumeur revenir lentement à son volume primitif, et au bout de deux heures les pulsations avaient reparu presque aussi énergiques qu'auparavant. La paroi antérieure du sac me parut amincie, d'un rouge plus foncé, et, craignant la gangrène et la rupture du sac, je suspendis l'emploi de l'appareil. Quelques jours auparavant j'avais eu connaissance des expériences faites par M. Pravaz avec le perchlorure de fer concentré. Je résolus d'essayer le nouveau mode de traitement que cet expérimentateur propose d'employer, bien décidé, si j'échouais, à recourir à la ligature de la sus-orbitaire.

Le 4 février, le malade placé en position convenable, la tête renversée et reposant sur un plan solide, après avoir fait comprimer par un aide au-dessus et au-dessous de la tumeur, je fis à la partie interne du sac, pour m'éloigner du nerf frontal, une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu ; il sortit le long de la lame quelques gouttes de sang rouge rutilant. J'avais eu soin de charger une seringue en verre, à bec effilé, d'une solution concentrée de perchlorure de fer; je l'introduisis le long de la lame du bistouri jusque dans le sac, et je pressai sur le piston. La seringue retirée, il sortit encore trois ou quatre gouttes de sang, et l'écoulement fut de suite arrêté en portant de nouveau dans la plaie le bec de la seringue trempé dans la solution. Je vis alors combien est énergique l'action du perchlorure de fer sur le sang. Une goutte de solution sur celui-ci détermine instantanément un caillot grisâtre d'une grande densité. En palpant, je ne sentis de dureté dans la tumeur qu'aux environs de la ponction : là aussi les pulsations avaient cessé, tandis qu'elles existaient encore dans le reste du sac. Je me rendis compte de cette singularité en examinant la seringue, dont je trouvai l'extrémité bouchée par un petit caillot qui empêchait la sortie du liquide, même en poussant fortement le piston; de sorte qu'il était probable que je n'avais introduit dans le sac qu'une quantité presque insignifiante de solution. Je laissai le malade tranquille jusqu'au lendemain, la partie légèrement comprimée ; il n'éprouva presque aucune douleur et fut travailler comme d'habitude.

Le 6 février, enhardi par ce demi-succès, je résolus de pratiquer une seconde injection. Je n'avais à ma disposition que la même seringue en verre, et j'avais à craindre encore la formation d'un caillot qui empêcherait la sortie du liquide coagulant. Pour y obvier, j'imaginai de munir d'un peu de suif l'extrémité de la seringue chargée.

Un stylet fut introduit pour détruire les adhérences ; je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac. L'injection de 10 à 12 gouttes de liquide fut pratiquée avec facilité et avec les mêmes précautions que précédemment ; la douleur fut assez vive, cuisante, de peu de

durée, et au bout de trois minutes je sentis la tumeur durcie, et les battements avaient disparu. La seringue retirée, pas une goutte de sang ne s'écoula. J'ordonnai au malade de cesser toute compression, et d'appliquer sur la partie une petite compresse imbibée d'une légère solution de perchlorure de fer.

Le 7, le malade vint me trouver très effrayé. Il avait souffert, peu dormi. La tumeur avait presque doublé de volume, était chaude, dure, tendue, et lui donnait la sensation de battements fort incommodes. D'abord je craignis un anévrisme diffus, mais je fus bientôt rassuré en reconnaissant tous les signes d'un gonflement inflammatoire, rendu probablement trop considérable par la quantité assez grande du liquide injecté. Je me contentai de prescrire la continuation des compresses astringentes et le repos.

Je ne revis Coutable que le 10 février. Dès le 8 il avait repris son travail. La tumeur anévrismale était revenue à son premier volume; il n'y avait plus de pulsations. Elle était très dure, un peu moins rouge; un écoulement séro-purulent sortait par la petite plaie. Cet écoulement a continué pendant six ou huit jours. En même temps la tumeur, toujours très dure, a diminué considérablement de volume, et a pâli de jour en jour. Le 25 février, la guérison était complète.

Aujourd'hui, 15 mars, à peine aperçoit-on, à la place de l'anévrisme, la peau un peu plus rouge et plus élevée que du côté opposé. On y remarque la trace de la ponction. Au toucher, on éprouve la même sensation que si la peau était simplement épaissie. Avec le temps, il est très probable que cette rougeur, du reste très légère, et cet épaississement de la peau finiront par disparaître. Je termine ici cette observation, que l'on trouvera peut-être remplie de détails inutiles, mais que j'ai voulu présenter ainsi, parce que c'est là ce que j'ai vu et la manière dont je l'ai vu, et pour qu'il ne restât aucun doute dans l'esprit de ceux qui la liront. Je m'abstiendrai des considérations auxquelles peut donner lieu l'emploi du perchlorure de fer comme coagulant et comme hémostatique : j'y reviendrai peut-être plus tard. Aujourd'hui je n'ai voulu exposer qu'un fait qui s'est offert à moi, et un mode de guérison qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été essayé. Je les donne tels quels.

M. Lallemand. L'observation qui vient de nous être communiquée m'engage à insister sur une précaution à mon avis très importante pour la réussite du moyen : je ne crois pas qu'il soit nécessaire pour faire pénétrer le trocart dans la tumeur de faire une incision à la peau, et encore moins au sac anévrismal; je pense que la moindre incision ne peut amener que des accidents. Il faut encore avoir la précaution,

lorsqu'on pratique l'injection, d'agir avec continuité, sans interruption, car l'action du perchlorure de fer est si instantanée, que de suite la petite canule peut se trouver obstruée par du sang coagulé. C'est pour cette raison en partie que M. Pravaz a fait établir un pas de vis le long de la tige du piston : on agit d'une manière continue et sans secousse.

M. Robert. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la lecture de ce fait, et je me demande si véritablement il s'agit bien là d'un anévrisme proprement dit, ou anévrisme sacciforme. En effet, d'une part on sait que la contusion, la déchirure même des tuniques artérielles donnent lieu plus souvent à l'oblitération du vaisseau qu'à la formation d'un anévrisme, surtout quand l'artère est d'un très petit calibre (or il s'agit ici de l'artère frontale, une des branches terminales de l'artère ophthalmique); d'autre part, les contusions ou les plaies des téguments du crâne sont quelquefois suivies d'un travail morbide dans les artères qui rampent à la face interne du derme, travail d'où résulte la formation de tumeurs érectiles ou d'anévrismes cirsoïdes. Je crois donc qu'on peut émettre quelques doutes sur la nature de la tumeur observée par M. Deslonchamps; il est même important, je crois, que la Société de chirurgie exprime ces doutes, ou discute au moins l'observation dont il s'agit, car cette observation va être introduite dans la science comme le premier exemple de l'application sur l'homme de la méthode de M. Pravaz, la coagulation du sang dans les tumeurs sanguines : il est utile qu'on sache à quoi s'en tenir sur sa valeur.

M. Larrey s'empresse de déclarer que, comme M. Robert, il avait été tout d'abord porté à admettre l'existence d'une tumeur plutôt érectile qu'anévrismale dans l'observation dont il vient de donner lecture. Mais, en tenant compte des cas de tumeurs sanguines anévrismatiques développées dans les régions antérieures du crâne, notamment à la suite des lésions mécaniques ou contondantes, en appréciant surtout les détails si exacts, si précis de l'observation de M. Raoult Deslonchamps, et notamment ce qui est relatif à la cavité de la tumeur, on ne saurait se refuser à admettre le diagnostic établi par l'auteur de cette intéressante observation.

M. Jarjavay. Je ferai remarquer, contre l'observation de M. Robert, que des contusions peuvent amener des anévrismes des artères de la région du crâne. Il existe au musée Dupuytren une pièce pathologique offerte par M. Laugier. Cette pièce provenait d'une femme qui avait reçu une forte contusion à la région occipitale; il en était résulté un anévrisme artérioso-veineux de l'artère et de la veine occipitales. Il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'à la suite d'une contusion de la ré-

gion frontale M. Deslonchamps ait eu occasion aussi d'observer un anévrisme.

M. Demarquay. Je ne crois pas que M. Robert ait eu des raisons suffisantes pour nier la possibilité d'un anévrisme des artères occipitale ou sus-orbitaire, car il y en a des exemples dans la thèse de M. Chassaignac.

M. Forget. Tout en partageant la manière de voir de M. Demarquay sur la possibilité de tumeurs anévrismales sur le trajet des artères du crâne, je crois qu'il ne faut pas non plus porter trop de doutes sur la nature même du fait. Je viens de relire avec attention l'observation, et je suis disposé à croire qu'il s'agit plutôt d'un anévrisme que d'une tumeur érectile.

Je fonde mon opinion sur la circonscription exacte de la tumeur; sur ce qu'elle disparaît et s'efface complétement lorsqu'on la comprime, sans laisser sous le doigt aucune trame organisée, aucun canevas cellulo-musculaire, comme cela aurait lieu s'il s'agissait d'une tumeur érectile; enfin sur l'intégrité du vaisseau au-dessus de la tumeur, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il existe une varice artérielle. J'ajoute enfin que le frémissement perçu dans la tumeur semble aussi prouver l'existence d'un anévrisme.

M. Robert. Tout à l'heure, M. Jarjavay nous parlait d'une pièce pathologique déposée au musée Dupuytren : je la connais, et je crois qu'elle n'a pas trait à la question. Il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux, dont j'ai fait mention dans ma communication en 1851 à l'Académie de médecine. Quant aux faits contenus dans la thèse de M. Chassaignac, la plupart ont trait à des anévrismes cirsoïdes du cuir chevelu. M. Forget a dit que la tumeur s'affaissait complétement sous la pression; mais c'est là un des caractères des tumeurs érectiles ou des anévrismes cirsoïdes. Enfin il existait là un frémissement qui n'a pas lieu dans les anévrismes sacciformes d'un petit volume; le bruit qui a été entendu dans le cas actuel semble plutôt avoir du rapport avec celui qu'on remarque dans les anévrismes cirsoïdes. Si j'insiste autant sur ces divers points, c'est bien moins pour atténuer le mérite de cette observation, qui est très intéressante, que pour en établir la véritable signification.

M. Lenoir. Je n'ai pas l'intention de faire dévier la discussion, mais puisqu'il s'agit des moyens employés pour ralentir le cours du sang, je citerai un fait qui y a trait, et dont on pourra également tirer des applications utiles.

Il y a en ce moment dans mon service un homme âgé, affecté d'anévrisme poplité bien caractérisé. J'avais d'abord tenté sans succès la

compression dans le pli de l'aine, lorsqu'en examinant la tumeur et en imprimant certains mouvements à la jambe, je m'aperçus que la simple flexion sur la cuisse suffisait pour suspendre entièrement le cours du sang dans le sac anévrismal. J'ai répété plusieurs fois cet essai, et voyant que l'effet était constant, j'ai placé la jambe sur un coussin, en la maintenant fortement fléchie sur la cuisse. Depuis, non-seulement le cours du sang a été supendu, mais la tumeur du creux poplité a diminué et est devenue dure. Il est probable que dans ce cas, par suite du déplacement de la tumeur, l'une des deux ouvertures se trouve fermée, ou bien il y a un défaut de parallélisme entre elles.

M. Larrey. Je crois qu'on a signalé des faits de ce genre pour des plaies des artères de l'avant-bras.

M. Lenoir. Ce n'est plus simplement par la simple position, mais par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, qu'on est arrivé à arrêter l'hémorrhagie.

M. Debout. L'intéressante observation que nous a lue notre honorable collègue M. Larrey et la discussion qui l'a suivie abrégeront la communication que je me proposais de vous faire sur l'action des liquides coagulants. Le perchlorure de fer n'est pas le seul liquide qui ait la propriété de coaguler le sang; l'alun et surtout l'acide acétique jouissent de cette vertu à un degré au moins égal. Ce point étant établi dans le *Traité de l'art de formuler* de M. Mialhe, je ne m'y arrête pas. Le seul fait sur lequel je croie devoir fixer votre attention est le suivant : lorsqu'une quantité déterminée de sang se trouve fixée dans le sac anévrismal par la compression, le chirurgien doit tenir compte de la quantité de fer qui est injectée ; car si elle est trop considérable, il redissoudra le caillot qu'il avait tout d'abord formé.

A l'appui de cette proposition, M. Debout fait une expérience avec l'albumine. Le liquide, coagulé d'abord avec quelques gouttes d'une dissolution de perchlorure de fer, est redissous aussitôt qu'on augmente la quantité de cette solution.

M. Debout met ensuite sous les yeux de la Société une seringue d'Anel, à laquelle M. Charrière a fait subir les modifications qui doivent permettre à notre collègue d'expérimenter l'action du perchlorure de fer sur un malade couché dans le service de M. Denonvilliers. Le fait de M. Larrey vient légitimer cette tentative.

M. Michon. Les expériences de M. Debout sont sans doute très intéressantes, mais je crois qu'elles s'éloignent un peu du cercle habituel des travaux de la Société.

M. Debout. Je ferai observer à M. Michon que je ne veux pas donner aux observations que j'ai présentées à la Société plus d'importance

qu'elles n'en ont. Le fait que j'ai signalé ne forme qu'un élément infime de la question; par cela seul il aurait pu échapper : aussi ai-je cru devoir le mentionner. Nous devons emprunter aux sciences physiques et chimiques tous les enseignements qu'elles peuvent nous fournir, sans oublier que les actions qu'elles provoquent au sein de l'économie appellent des réactions, et que ces dernières seules profitent aux malades. Il ne faut pas tant dédaigner d'ailleurs les expériences que je viens de répéter devant vous, puisque ce sont elles seules qui ont conduit M. Pravaz à formuler la méthode nouvelle de traitement des anévrismes que vous a signalée notre savant collègue M. Lallemand.

M. Lallemand. J'ai suivi avec attention les expériences que M. Debout vient de faire en notre présence; mais elles ne changent en rien les résultats obtenus par M. Pravaz. Toutes ces expériences, il les a longtemps répétées, modifiées, et ce n'est que lorsqu'il a bien connu les doses nécessaires pour arriver au coagulum, sans le redissoudre par un excès de perchlorure de fer, qu'il a fait les expériences dont je vous ai rendu compte dans la dernière séance.

Correspondance.

M. Le Roy-d'Étiolles écrit à la Société pour l'informer que dans l'année 1832 il s'était occupé de rechercher quels étaient les moyens de suspendre le cours du sang dans les artères, afin de guérir les anévrismes des membres.

Cette lettre sera déposée aux archives.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ablation partielle du maxillaire supérieur pour un cancroïde.

M. Michon présente un malade sur lequel il a pratiqué l'ablation partielle du maxillaire supérieur pour un cancroïde, et donne à ce sujet les détails suivants :

Le 6 novembre 1852, le nommé Saumon, âgé de cinquante et un ans, gazier, entra dans mon service pour y être traité de l'affection qui a nécessité l'opération dont j'ai à vous parler. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, cet homme ressentait en mangeant des douleurs assez vives dans le côté gauche de la mâchoire supérieure pour être obligé de mâcher toujours de l'autre côté. Pendant très longtemps l'affection resta stationnaire, lorsqu'il y a deux ans il s'aperçut que la dernière grosse molaire vacillait et devenait douloureuse sans se gâter; un jour il l'arracha lui-même. Depuis, les douleurs augmentaient, surtout dans les

neuf mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, et successivement toutes les dents de ce côté tombèrent.

Lorsque j'examinai le malade, outre la perte des dents d'un côté, je constatai que tout le rebord alvéolaire avait disparu ; à sa place existait une ulcération profonde, à bords irréguliers, fongueux, surtout en arrière. Dans ce point, la maladie avait envahi une partie de la voûte palatine.

Un stylet enfoncé pénétra assez profondément sans rencontrer le tissu osseux, et détermina un écoulement de sang. En examinant la joue au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur, on sentait un peu d'induration ; mais la membrane muqueuse était saine au niveau du repli.

Voulant, avant de prendre aucun parti, savoir quelle pouvait être la nature de la tumeur, comme dans ce cas je pouvais le faire sans aucun danger pour le malade, je fis examiner au microscope quelques-unes des fongosités du rebord alvéolaire ; elles parurent appartenir au genre d'affection désignée sous le nom de cancroïde épithélial.

Le 28 novembre j'opérai le malade de la manière suivante : je fis à deux centimètres en avant du conduit auditif une incision un peu curviligne qui vint aboutir à la commissure des lèvres. Le lambeau fut disséqué et relevé de manière à mettre toute la partie malade à découvert ; puis, à l'aide de la scie à molette de M. Ferdinand Martin, je coupai horizontalement toute la base du maxillaire gauche. Cette première division opérée, je passai la scie à chaînette dans la narine, pour séparer l'os suivant la ligne médiane. J'achevai ensuite de diviser les points par lesquels l'os tenait encore, en conservant le voile du palais qui était intact. N'ayant pu lier une petite artériole située tout au fond de la plaie, j'appliquai un bouton de feu.

La plaie fut ensuite réunie au moyen de la suture entortillée. A part un peu de tension inflammatoire survenue dans les premiers jours et combattue à l'aide d'un régime convenable, il n'est survenu aucun accident.

Le 15 décembre, je m'aperçus que le malade perdait au niveau de la suture une assez grande quantité de salive. Je poussai un stylet suivant le trajet fistuleux, en décollant un peu la plaie à l'intérieur, et je fus assez heureux pour obtenir uue réunion complète.

Au 25 décembre, on ne voyait plus d'autre trace de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur la joue. Depuis, un obturateur fabriqué par M. Charrière permet au malade de parler et de manger sans difficulté. Il ne reste au sujet, comme suite de la section de quelques filets du nerf facial, qu'un léger abaissement de la paupière inférieure ; l'œil

est un peu larmoyant, mais il n'y a pas cependant d'épiphora; la commissure labiale est un peu déviée du côté sain; peu à peu la perte de substance de la voûte palatine diminue; par ce procédé, en conservant une partie de l'os maxillaire, non-seulement j'ai obtenu une cicatrice sans difformité, mais encore j'ai obtenu une guérison qui laisse ce malade sans aucune infirmité. A entendre parler le malade et à le voir, on doute qu'il ait subi une pareille opération.

Rapport de M. Broca sur les travaux de m. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen.

Messieurs, j'ai eu l'honneur, dans une séance précédente, de vous soumettre une analyse verbale des principaux faits consignés dans les deux derniers comptes-rendus de la clinique chirurgicale d'Erlangen. Ce n'était pas la première fois que le nom de M. Heyfelder fixait l'attention de la Société de chirurgie, et vous n'avez certainement pas oublié les observations importantes de résection des deux maxillaires supérieurs que ce professeur vour adressa le 14 août 1850, pour obtenir le titre de membre correspondant. Par une coïncidence singulière, ces observations vous parvinrent au moment où M. Maisonneuve venait de vous communiquer un fait exactement semblable, tiré de sa pratique à l'hôpital Cochin.

La première opération de M. Heyfelder remonte à 1844, et a été publiée dans le journal de Walther et d'Ammon. Avant cete époque, il est vrai, une tentative analogue avait été faite par Liston (1), qui avait enlevé une partie du maxillaire droit et la totalité du maxillaire supérieur gauche. Il paraît même que dès l'année 1824 M. Rogers avait fait l'ablation totale de ces deux os jusqu'aux apophyses ptérygoïdes.

Mais cette observation n'a pas été publiée, et nous ne la connaissons que par le passage suivant de la *Médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau (2) :

« M. Rogers, qui, en 1824, enleva la mâchoire des deux côtés jus-
» qu'aux apophyses ptérygoïdes, eut à peine besoin de diviser la
» lèvre. »

Contrairement à ses habitudes, M. Velpeau n'a pas indiqué la source où il a puisé ce document. J'ai vainement parcouru les journaux américains qui sont à la bibliothèque de la Faculté, et je n'ai pu mettre la main sur l'observation originale. Ried n'a pas été plus heureux que

(1) Ried, *Die resectionen der knochen*, Nürnberg, 1847, s. 139.
(2) Velpeau, *Méd, opér.*, 2e édit., 1839, t. II, p. 628.

moi. Il est probable, par conséquent, que ce fait a été transmis directement par l'auteur à M. Velpeau.

Du reste, nous ignorons et le procédé opératoire suivi par Rogers et la nature de l'affection pour laquelle l'opération fut pratiquée. Sur ce dernier point, nous en sommes réduits aux conjectures, et nous sommes portés à croire qu'il s'agissait d'une nécrose des deux maxillaires supérieurs. Toute autre supposition serait en contradiction avec la rédaction que nous avons citée. M. Rogers, avons-nous dit, *eut à peine besoin de diviser la lèvre.* Certes, une semblable incision n'eût pas permis de pratiquer une résection totale des deux maxillaires supérieurs jusqu'aux apophyses ptérygoïdes s'il se fût agi, par exemple, d'une tumeur cancéreuse.

En tout cas, le fait de M. Rogers était tellement obscur, tellement incomplet qu'il ne pouvait suffire pour introduire dans la pratique la résection simultanée des deux maxillaires supérieurs. Le mérite de cette innovation revient donc à M. Heyfelder.

Du reste, messieurs, l'analyse que je vous ai présentée des deux dernières brochures de M. Heyfelder vous a prouvé que ce professeur est l'un des chirurgiens les plus habiles et les plus hardis de l'Allemagne. Chargé depuis douze années de l'enseignement de la chirurgie à Erlangen, il a donné une vive impulsion aux études chirurgicales jusqu'alors trop négligées dans cette Université. Il a particulièrement insisté sur l'utilité des résections, dont il est grand partisan, et peu de praticiens peuvent se vanter d'avoir pratiqué aussi souvent que lui les opérations de ce genre.

Les publications de M. Heyfelder sont nombreuses. Plusieurs sont relatives à la pathologie interne et à la médecine légale (1). Celles qui se rattachent à la chirurgie sont les suivantes :

1° *Observations sur les maladies des nouveau-nés*, 1825. Ce travail, en partie médical, renferme des considérations chirurgicales sur les difformités congéniales.

2° *De lipomate et steotomate*, 1842; dissertation latine publiée à l'occasion de la nomination de l'auteur à la chaire de clinique d'Erlangen.

3° *Observations d'anatomie pathologique*, publiées en 1829 et 1841 dans les *Nova acta academica Carolo-Leopoldinæ*.

(1) *Der Selbstmord*, etc. (Le suicide sous le rapport de la médecine légale.) Berlin, 1828. — *Beobachtungen über die cholera*, etc. (Observations sur le choléra de 1832.) 2 volumes. — *Die Heilquellen*, etc. (Eaux minérales de Hohenzollen, 1840; *id.* du grand-duché de Bade, 1841.) Ces deux ouvrages ont eu une 2e édition en 1846.

4° *Etudes médicales et chirurgicales;* Stuttgard, 1838 ; 2 volumes. Ce travail, l'un des plus importants de l'auteur, renferme dix-huit mémoires originaux sur diverses maladies. Trois de ces mémoires ont été traduits dans les *Archives générales de médecine.* Ils sont relatifs aux tumeurs du foie, aux cancers des poumons et à l'opération de l'empyème pratiquée dans le cas d'épanchements chroniques. L'auteur a exécuté quatre fois cette opération avec succès.

5° Deux mémoires sur les agents anesthésiques publiés en 1847 et 1848.

6° *Mémoire sur la résection simultanée des deux maxillaires supérieurs;* Stuttgard, 1850.

7° *Mémoire sur la nécrose des mâchoires produite par l'action du phosphore* (*Archiv. für physiol.* Heck., 1845). C'est la première monographie qui ait paru sur cette affection singulière. M. Lorinzer (de Vienne) en avait parlé, il est vrai, avant M. Heyfelder, mais il avait signalé le fait sans le décrire et avait rencontré beaucoup d'incrédules. Le travail de M. Heyfelder leva tous les doutes.

Enfin, messieurs, depuis son entrée à la clinique d'Erlangen, M. Heyfelder a publié chaque année un fascicule pareil à ceux que j'ai analysés devant vous. Tous les faits observés dans le courant de l'année, toutes les opérations pratiquées à l'hôpital y sont présentés sous forme de statistique, et de plus les observations importantes y sont publiées dans tous leurs détails. La collection de ces comptes-rendus annuels constitue par conséquent un recueil précieux.

Tels sont les titres scientifiques de M. Heyfelder. Votre commission n'hésite pas à vous proposer d'inscrire cet honorable candidat sur la liste des membres correspondants étrangers.

— Après la lecture de ce rapport, M. le président ayant mis la conclusion de la commission aux voix, M. le docteur Heyfelder, professeur à l'Université d'Erlangen, est nommé à l'unanimité membre correspondant étranger.

Compression de la trachée par les ganglions bronchiques. — Trachéotomie. — Nouveau signe de diagnostic des engorgements ganglionaires du médiastin.

(Observation communiquée par M. Chassaignac.)

Gérardet (Victor), vingt-trois ans, ouvrier en papiers peints, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 28 février 1853.

A son arrivée, il avait le visage pâle, la peau légèrement ictérique et comme un peu infiltrée; la station était difficile même avec l'aide des deux personnes qui l'accompagnent. Les ganglions cervicaux du

côté droit sont engorgés, volumineux; l'aphonie presque complète; le fond de la gorge est douloureux; la déglutition des aliments très pénible d'abord, puis un peu moins difficile vers la fin du repas. La respiration se fait avec bruit; elle est fréquente, anxieuse; la toux offre un timbre métallique très prononcé; la pression exercée sur le conduit laryngé est très douloureuse. En examinant minutieusement l'intérieur du larynx, je m'aperçus que le cartilage cricoïde occupait une position tellement déclive qu'il ne pouvait pas s'élever de plus d'un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, même dans les mouvements d'extension forcée du cou. Cette circonstance fut notée au point de vue de la possibilité d'une opération de trachéotomie. Le fait en lui-même resta inexpliqué.

L'affection avait débuté il y a trois mois; les accidents cessaient par intervalles irréguliers pour reparaître ensuite; le malade n'a jamais craché de sang; il tousse peu; la sonorité du thorax est normale, le bruit respiratoire complétement oblitéré par des râles qui lui donnent un caractère de rudesse très prononcé. Gérardet n'a jamais eu aucune affection syphilitique.

Le 8 mars, à la visite du matin, le malade est pris tout à coup d'accidents convulsifs et d'un accroissement de gêne respiratoire allant jusqu'à la suffocation. Je me transporte en toute hâte auprès de lui, et la trachéotomie est pratiquée sur-le-champ par le procédé dont je vous ai parlé en présence de MM. de Hubbenet et de M. le professeur Heyfelder.

Au moment de l'opération, qui fut exécutée très rapidement, le malade était plongé dans un état comateux qui n'a cessé que dans la soirée du même jour. Malgré l'abaissement considérable du cartilage cricoïde, je suis parvenu, au moyen de l'érigne cricoïdienne implantée d'emblée à travers la peau, à le remonter assez pour pouvoir diviser quatre anneaux de la trachée et placer la canule sans aucune difficulté.

La nuit suivante, les phénomènes d'asphyxie se reproduisirent, et le malade mourut le 9 mars à six heures du matin.

Le diagnostic qui avait été porté reposait sur l'idée d'un obstacle respiratoire siégeant au larynx, et cela à cause de l'aphonie que présentait le malade et de la douleur qu'on produisait par la pression sur cet organe. Rien n'avait fait soupçonner la véritable cause de mort reconnue à l'autopsie.

Autopsie. — On constate l'existence d'ulcérations occupant la membrane muqueuse des cordes vocales. Les bronches sont remplies d'une écume blanche et fine. La partie antérieure de la trachée, au niveau et un peu au-dessus de sa bifurcation, est masquée par une tumeur

égalant en volume la moitié du poing d'un adulte. Cette tumeur est composée de ganglions énormément hypertrophiés, très durs, offrant à l'intérieur une coloration gris-jaunâtre. Un ganglion très volumineux se trouve encadré dans l'angle de bifurcation des deux bronches. La bronche droite est de toutes parts en contact avec d'autres ganglions hypertrophiés, qui lui forment un anneau complet. De telle sorte que la compression s'exerçait à la fois sur la trachée elle-même, un peu au-dessus de sa bifurcation, par la tumeur principale, et sur la bronche droite, par l'anneau ganglionaire qui l'entourait. Le nerf laryngé à droite ne paraît pas altéré dans sa texture au milieu de la masse hypertrophique qu'il traverse. Quelques granulations clairsemées existent dans les poumons, qui sont le siége d'une congestion œdémateuse générale.

Cette observation nous a paru digne d'appeler l'attention de la Société, à raison surtout de la position toute spéciale du cartilage cricoïde, qui avait subi une sorte de rétraction descendante vers la cavité thoracique. Ce phénomène curieux dépend, suivant nous, de l'action mécanique exercée sur la trachée et la bronche droite par la tumeur ganglionaire. Il nous a paru de nature à constituer un signe précieux pour le diagnostic des tumeurs ganglionaires du médiastin.

On pourrait jusqu'à un certain point se rendre compte du tiraillement exercé sur la trachée, en considérant d'une part que la tumeur, qui était très compacte, pouvait causer une traction par le seul fait de son poids, et en admettant d'autre part, comme l'a fait remarquer M. Bailly, interne du service, que cette tumeur, dans son accroissement de volume, étant retenue à sa partie supérieure par le sternum, était forcée d'effectuer son développement vers la partie inférieure, et entraînait par conséquent avec elle la bifurcation du conduit aérien. La coexistence de l'aphonie due à l'ulcération des cordes vocales et la douleur du larynx résultant de la pression expliquent l'erreur de diagnostic qui avait consisté à placer au larynx l'obstacle respiratoire qui siégeait beaucoup plus bas, comme l'autopsie l'a démontré.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

Séance du 6 avril 1853.

Présidence de M. GUERSANT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après quelques rectifications.

Au commencement de la séance, M. Guersant invite M. le profes-

seur Heyfelder, nommé dans la dernière séance, à vouloir bien prendre place.

Communications.

La Société reçoit :

Le *Compte-rendu des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement pendant l'année* 1852, par le docteur Perrin ;

Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe pendant l'année* 1852.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Inflammation rétractile dans le tissu cellulaire.

M. Gerdy. Les deux malades que je vous présente sont un exemple bien frappant des suites de l'inflammation dans les tissus blancs et dans le tissu cellulaire. Cette sorte de bride tendineuse momentanée que vous voyez chez tous les deux au milieu du bras est survenue chez un des malades à la suite d'un érysipèle phlegmoneux de la main ; chez ce malade, j'avais insisté sur la position élevée de la main pendant toute la période inflammatoire, et c'est après la disparition de l'érysipèle que la rétraction s'est prononcée.

Chez le second malade, il y a eu à la suite d'un panaris une lymphite très prononcée, et c'est aussi pendant la période de résolution que cette bride s'est montrée. Quel est le siége de cette bride ? Est-il simplement dans le tissu cellulaire ou dans le système lymphatique ? C'est très possible, car l'un et l'autre ont été le siége d'une inflammation assez vive.

Ce qu'il est important de constater, c'est que toutes les fois que les tissus blancs s'enflamment ils tendent à se raccourcir. On triomphe de ces indurations momentanées par l'emploi des émollients ; mais, plus tard, il faut recourir à des extensions forcées ou à la ténotomie.

Arrachement des doigts médius et indicateur.

M. Chassaignac présente une malade âgée de vingt ans qui a été amenée à l'hôpital Saint-Antoine pour un arrachement complet des doigts médius et indicateur de la main droite, dans leur articulation métacarpo-phalangienne. Une portion de la peau qui recouvre la face dorsale de la main a été arrachée ; celle de la paume a résisté. Malgré la gravité de cette lésion, il n'est survenu aucun accident, et une cicatrice très régulière s'est formée. Ce résultat a été obtenu au cinquième pansement à partir du moment de la lésion. Les surfaces traumatiques n'étaient mises à découvert qu'une fois tous les huit jours.

Trachéotomie pratiquée dans un cas de croup.

Le même membre présente une jeune fille de dix ans opérée il y a deux mois dans la période extrême d'un croup pseudo-membraneux qui envahissait la trachée et les premières divisions bronchiques. La cicatrice présente à peine l'étendue d'un centimètre et demi, et siége immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde.

Cette jeune fille a été opérée de la manière suivante :

Le cartilage cricoïde ayant été reconnu avec certitude, un ténaculum à cannelure fut implanté à travers la peau dans la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage ; sur la cannelure fut guidé un bistouri aigu, puis un bistouri boutonné qui divisa d'un même coup la peau et quatre anneaux de la trachée. Aussitôt après, un dilatateur coudé fut introduit, servant, par le mécanisme qui lui est propre, d'une part, à dilater la plaie, d'autre part, à retenir solidement le conduit aérien, d'où il ne peut plus s'échapper une fois qu'il a été mis en place, à moins que ce ne soit par une volonté expresse de l'opérateur.

Le procédé dont il s'agit repose donc sur le double principe de la fixation du conduit aérien pendant toute la durée de l'opération et de l'implantation d'emblée d'un crochet au bord inférieur du cartilage cricoïde. Dans le cas où aucun doute n'existe, l'implantation se fait à travers la peau ; dans le cas contraire, elle est précédée par une moucheture destinée à faire plonger très sûrement l'érigne au-dessous du cartilage cricoïde.

M. Guersant. Outre le fait de la guérison chez la malade de M. Chassaignac, il y a un autre point à prendre en considération. Le procédé dont vient de nous entretenir notre honorable collègue met-il l'opérateur à l'abri de l'écoulement du sang ? Nous savons tous qu'il y a des cas où il est possible de ne pas ouvrir de vaisseaux ; mais le plus habituellement, ce qui gêne le plus pendant l'opération, c'est l'écoulement du sang veineux, qui est d'autant plus abondant que la respiration est plus gênée.

M. Gerdy. Je serai bien aise de connaître pour quelles raisons M. Chassaignac juge l'emploi du ténaculum presque indispensable pour terminer promptement et sûrement l'opération. Je conçois qu'on rencontre dans l'exécution de la trachéotomie beaucoup d'obstacles, mais je crois qu'on peut les surmonter assez facilement ; pour cela, il suffit de renverser assez fortement en arrière la tête du malade. Étant moi-même gravement indisposé, je fus mandé par un de mes voisins pour voir son enfant qui suffoquait ; en vain j'alléguai l'état dans lequel j'étais, il

fallut me rendre près de la malade pour l'opérer, ce que je n'aurais certes pas pu faire si l'opération eût présenté tant de difficultés. Je pratiquai la trachéotomie sans que j'eusse besoin de faire tendre sur les côtés les lèvres de la plaie. Je n'ignore pas que cette opération demande des précautions pour éviter les obstacles; mais quelle est l'opération qui n'en présente pas? Si les veines me gênent, je les fais détourner, au besoin même j'applique une ligature momentanée. A la différence de M. Chassaignac, ce que je m'efforce de faire, c'est d'inciser largement la trachée avec la pointe du bistouri; ce temps de l'opération est rapide; mais sitôt la trachée incisée, le sang cesse de couler. Je ne suis pas d'avis de faire préalablement une petite incision pour voir si on est dans la trachée; il y a un moment où il faut reprendre ses forces; sitôt l'émotion passée, il faut placer l'éponge sur le point de la trachée que l'on va piquer et bien prendre garde, dans l'incision, d'atteindre le tronc brachio-céphalique. Lorsque l'incision est étroite, on éprouve une gêne indicible; l'enfant ne respire pas, il ne rend rien; il siffle, tousse et cherche à se débattre. Si, au contraire, l'incision est large, il respire et peut rendre de suite des mucosités ou des fausses membranes. Un autre inconvénient des ouvertures trop étroites, c'est d'empêcher l'introduction de la canule malgré tous les dilatateurs. Pour éviter toute difficulté, j'introduis dans la canule une sonde en gomme élastique, et elle me sert de conducteur.

M. Guersant. Il est très possible que tous ces divers temps de la trachéotomie soient très faciles pour M. Gerdy; cependant je dois dire que le procédé de M. Chassaignac simplifie beaucoup l'opération, il l'abrége et s'oppose ainsi aux chances de l'emphysème. Car il permet d'ouvrir presque en même temps tous les tissus placés au-devant de la trachée, et même il permet de ne pas perdre l'ouverture de la trachée-artère, puisqu'il fixe le conduit aérien tout le temps que dure l'opération.

Il permet également de ne pas prolonger aussi bas l'incision et d'éviter ainsi de toucher le tronc brachio-céphalique, comme cela est arrivé chez les petits enfants, où la région est très courte en hauteur. Dans le procédé ordinaire on prolonge beaucoup plus bas l'incision en la pratiquant de haut en bas. Arrivé sur la trachée-artère, nous donnons le conseil de porter le doigt vers la partie inférieure pour garantir et même déprimer le tronc brachio-céphalique, et nous insistons sur la nécessité d'ouvrir la trachée de bas en haut, en employant le doigt indicateur gauche placé à la partie inférieure de la plaie; il sert ainsi à fixer la trachée, à garantir le tronc brachio-céphalique et à diriger le bistouri.

M. Giraldès. Je demanderai à M. Chassaignac si déjà le conseil n'avait pas été donné par Liston, dans ses leçons de chirurgie, de fixer avec un ténaculum la trachée-artère après l'avoir découverte.

M. Chassaignac. Je reconnais que chez l'adulte l'opération n'offre que peu de difficultés; mais ces difficultés deviennent d'autant plus grandes qu'on opère sur de plus jeunes enfants. Chez eux, en effet, l'excessive mobilité de la trachée et les dimensions exiguës de la région mettent quelquefois l'opérateur dans le plus grand embarras. C'est dans le but d'éviter cette situation pénible que j'ai proposé des moyens propres à donner à cette opération toute la sûreté et toute la précision qu'elle réclame.

Quant à l'écoulement du sang et aux dangers d'atteindre des organes importants, je pense qu'un des meilleurs moyens pour s'en mettre à l'abri, c'est de ne donner à l'incision que l'étendue nécessaire pour le placement de la canule. De cette manière on ouvre un moins grand nombre de vaisseaux, et la pénétration si fâcheuse du sang dans les bronches est prévenue par la promptitude et la sûreté avec lesquelles on place la canule au moyen de ce dilatateur coudé, qui a été construit, sur ma demande, par M. Mathieu.

Je reconnais, eu égard aux assertions de M. Giraldès, que l'idée de fixer la trachée au moyen d'instruments en forme d'érigne a été déjà émise. M. Bretonneau avait proposé, dans ce but, l'emploi d'aiguilles ordinaires recourbées à une extrémité en guise de crochet, et garnies à l'autre d'une petite boule de cire à cacheter. Ce moyen lui a paru complétement inefficace, à raison de la grande solidité qu'exige la fixation d'un conduit aussi mobile que la trachée. Quant à l'instrument de Liston et à son procédé, j'en ignorais complétement l'existence, et je me bornerai à faire remarquer que le ténaculum que j'emploie est armé d'une cannelure sur sa convexité. Je le place dans un point toujours le même, le bord inférieur du cartilage cricoïde, et enfin je l'implante à travers la peau avant aucune incision.

Du reste, j'ai soumis à la Société de chirurgie ce procédé sans élever la question de priorité. Je pense qu'à cet égard il n'est permis de présenter une opération comme tout à fait neuve que quand on s'est assuré par les recherches bibliographiques les plus étendues que la science ne renferme rien encore sur ce point.

— A l'occasion du procès-verbal:

Suite des expériences sur la coagulation du sang par le perchlorure de fer.

M. Giraldès. Depuis la dernière séance, j'ai voulu répéter quel-

ques-unes des expériences de M. Pravaz, et je suis allé à Alfort. Là, avec l'assistance de M. le professeur Goubaux, j'ai mis, sur un âne, la carotide gauche à nu dans l'étendue de 0,11 cent., le vaisseau étant comprimé du côté de la tête; nous avons eu soin de laisser pénétrer dans la partie sur laquelle nous devions agir autant de sang que possible; la compression a été faite alors du côté du cœur. Six gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration ayant été injectées dans l'artère avec toutes les précautions voulues, nous avons remarqué que le vaisseau devenait moins souple et comme racorni, mais la coagulation ne se faisait pas. Onze gouttes de liquide furent de nouveau injectées; après cette seconde injection l'artère devient plus dure, plus racornie, et nous constatons une véritable coagulation dans l'intérieur du vaisseau. Ce résultat est constaté par M. Colin, chef des travaux anatomiques de l'École, et par MM. les docteurs Fabius et Ecker.

La deuxième expérience a été faite sur un cheval. L'artère carotide ayant été mise à découvert dans l'étendue de 0,110 millim., le vaisseau comprimé dans deux points; quinze gouttes de liquide ont été injectées; on constate que le vaisseau devient dur et racorni, qu'il se forme un caillot assez dur dans son intérieur. Dans les deux cas, la compression du vaisseau ne dura qu'une minute.

La troisième expérience a été faite sur un âne; et cette fois c'est dans le système veineux que le perchlorure de fer a été introduit. La veine jugulaire droite ayant été mise à découvert dans l'étendue de 0,120 millim., le vaisseau également comprimé du côté du cœur et du côté de la tête, quinze gouttes de liquide ont été injectées; de suite il se forme un caillot, le vaisseau devient dur, ses parois sont moins souples; aussitôt que la compression est abandonnée le caillot est entraîné vers le cœur. Une seconde injection dans le même vaisseau donne le même résultat; seulement on constate que les parois de la veine sont doublées par une masse dure due à des caillots.

M. Debout. La communication que vient de vous faire M. Giraldès m'engage à vous rendre compte d'expériences que j'ai tentées de mon côté avec le concours de MM. Leblanc et Denonvilliers. Les résultats que j'ai obtenus fournissent déjà quelques renseignements utiles à connaître. Je ferai d'abord observer que, ainsi que je l'avais prévu, ce n'est pas une coagulation du sang que l'on obtient, mais une décomposition de la solution de perchlorure de fer; il se produit une sorte de magma constitué par un mélange d'albuminurate de fer, et surtout de sesquioxyde ferrique. Ce magma forme une sorte de bouchon qui obture le calibre du vaisseau.

Ce prétendu caillot se forme assez rapidement; nous l'avons vu se produire en une minute avec cinq à six gouttes de perchlorure de fer. La malaxation de l'artère après l'injection semble hâter sa formation ; seulement, si on ne prolonge pas la compression, le caillot ne persiste pas, et, battus en brèche par l'ondée sanguine, ses matériaux sont chassés dans les vaisseaux de la périphérie, Il n'en a pas été de même dans la seconde expérience de M. Pravaz, dans laquelle la compression a été maintenue pendant cinq minutes. Un résultat semblable peut se produire lorsqu'on injecte une plus grande quantité de liquide. Mais serait-il indifférent d'introduire dans le torrent circulatoire une plus ou moins grande quantité de perchlorure de fer? M. Debout ne le pense pas, et il en trouve la preuve dans les phénomènes que les chevaux soumis à ses expériences ont éprouvés.

M. Leblanc, qui avait eu l'obligeance de les conserver dans son écurie pour les mieux observer, leur a trouvé de la fièvre ; ils étaient abattus, ne mangeaient point. C'est au transport du sel de fer dans la circulation cérébrale qu'étaient dus les effets généraux subis par ces animaux; car rien de semblable n'a lieu même lorsqu'on pratique la ligature des deux carotides. Le fait mérite d'être examiné de nouveau.

Un point sur lequel j'appellerai encore l'attention de la Société est l'action locale du perchlorure de fer. Il semble tanner les parois artérielles, les durcit, et peut les amincir au point que sous le retour de l'ondée sanguine elles se laissent dilater. Ainsi sur l'un des chevaux (leur plaie n'avait pas été réunie, afin de pouvoir suivre la marche des phénomènes locaux), j'ai constaté, avec M. Leblanc, la dilatation variqueuse de la carotide quarante-huit heures après l'injection. Le second cheval ne présentait rien de semblable; les parois artérielles, dans la portion où s'était formé le magma, présentaient au contraire une densité plus considérable.

Les phénomènes locaux et généraux observés sur ces animaux impliquent, aux yeux de notre collègue, la réserve d'agir avec prudence dans les applications que l'on tentera sur l'homme, et de n'employer jamais que la quantité indispensable à la coagulation du sang.

M. Giraldès. Je n'ai point voulu dogmatiser la question, j'ai seulement fait part de ce que j'avais observé après une injection de 8 gouttes de perchlorure de fer ; sur l'instant même il n'y avait pas un véritable coagulum, mais ensuite il y avait un véritable caillot olivaire.

M. Jarjavay. Dans la dernière séance M. Robert a semblé émettre des doutes sur la possibilité de voir naître de véritables anévrismes à la suite de contusions; je pourrais au besoin lui citer plusieurs exemples d'anévrismes de ce genre.

Le premier est dû à M. Barrier; il est publié dans la *Gazette médicale* de 1848, p. 774. Il s'agit d'une femme de trente ans qui avait fait une chute sur la tempe. Huit jours après apparut une petite tumeur qui devint plus tard grosse comme une pomme. Au bout de quatre mois elle était volumineuse comme les trois quarts d'une orange. Pulsations apparentes Elle s'étendait du couduit auditif cartilagineux à l'apophyse orbitaire externe, et de l'arcade zygomatique au sommet de la portion écailleuse du temporal. Ligature de la carotide; guérison.

Le second est publié dans le journal de M. Malgaigne, t. VII. Il s'agit d'un employé des postes de Saint-Lô, qui avait reçu un coup de canne sur la bosse temporale droite. Tumeur au bout de trois semaines; elle est pulsatile, grosse comme un œuf de pigeon; elle est mobile. Extirpation. C'était un anévrisme vrai, car les trois tuniques furent distinguées par l'opérateur, M. le docteur Frestel.

M. Chassaignac. M. Demarquay avait également raison lorsque dans la dernière séance il a dit que ma thèse renfermait des cas d'anévrismes sacciformes survenus de cette manière.

— M. le professeur Heyfelder, après avoir remercié la Société dans une courte et très bienveillante improvisation, a communiqué l'observation suivante :

Résection de l'os maxillaire supérieur et de l'os zygomatique du côté droit, et de la moitié droite de la mâchoire inférieure.

Adam Gerbing, âgé de dix-huit ans, de Sommersdorf, bien développé, quoique d'une taille peu élevée, et qui avait joui toujours d'une bonne santé, remarqua à la fin du mois de mai dernier pour la première fois qu'une tumeur arrondie, indolente, de la grosseur d'une noisette, se formait à la région parotidienne du côté droit.

Ayant consulté un médecin de son pays, qui le rassura complétement sur la nature de la tumeur, il ne s'en occupa guère jusqu'à la fin du mois d'août, époque à laquelle la tumeur avait acquis beaucoup de développement et commençait à devenir douloureuse, de sorte que le malade mâchait, déglutissait et parlait avec quelque difficulté. Il avait la tête embarrassée et le sommeil agité.

Le 6 octobre 1852, le malade entra à la Clinique. Ce jour-là le pseudo-plasme s'étendait du bord inférieur de l'orbite droit jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure de ce côté, et du bord externe de la branche ascendante de la mandibule jusqu'au nez. Le nez était comprimé et dévié vers le côté gauche. La peau qui recouvrait la tumeur était tendue, la disproportion entre les deux moitiés de la figure très prononcée, et la difformité assez considérable. La déglutition se

faisait avec beaucoup de difficulté, et la prononciation était telle, que je ne comprenais pas le malade quand il me parlait. Il reste à dire que le malade ne pouvait écarter les mâchoires que d'un petit nombre de lignes, de sorte que l'examen de l'intérieur de la bouche se faisait difficilement et d'une manière insuffisante. Cependant je découvris que la tumeur avait deux parties presque de la même grandeur, dont la première s'était développée dans la mâchoire supérieure. L'une et l'autre présentèrent le même degré de développement en dehors et en dedans, de sorte que la langue était expulsée de sa position naturelle vers le côté opposé de la bouche. Ces deux moitiés du pseudo-plasme étaient complétement unies l'une à l'autre, à ce point qu'il était impossible de faire pénétrer la sonde entre elles.

La consistance de la tumeur n'était pas partout la même, on la trouvait alternativement très dure et ramollie; sa surface était mamelonnée, les parties ramollies étaient très sensibles et même douloureuses au toucher. La ponction exploratrice de la tumeur prouva que celle-ci avait au centre une matière ramollie, qui, sous le microscope, fit voir beaucoup de cellules cancéreuses. La déglutition se faisait avec beaucoup de difficulté, et le malade en était réduit à se nourrir avec des boissons. Malgré cela la santé générale était assez bonne, toutes les fonctions s'exerçant régulièrement. Toutes ces circonstances mais principalement le développement rapide de la tumeur et le résultat de l'examen microscopique des matières contenues au centre de cette production ne laissaient presque aucun doute sur la nature cancéreuse du pseudo-plasme, dont l'ablation complète rendait nécessaire la résection totale de l'os zygomatique, de l'os maxillaire supérieur du côté droit et de la plus grande moitié de la mandibule. Je l'effectuai de la manière suivante, le 9 octobre 1852, après avoir mis le malade dans l'anesthésie complète par les inhalations du chloroforme.

Je fis d'abord une incision qui commençait à 15 lignes de l'angle externe de l'œil droit, et longeait le bord externe de la branche ascendante et de la base de la mâchoire inférieure jusqu'au menton. Une seconde incision fut tracée du milieu de la lèvre inférieure jusqu'au menton, où elle se réunit à la première. Après avoir détaché la peau et toutes les parties molles sous-jacentes jusqu'au nez, j'avais taillé un assez grand lambeau, que je renversai vers le côté opposé. Cela fait, je pus voir l'étendue du pseudo-plasme, qui avait envahi un peu plus que la moitié droite de l'os maxillaire inférieur, l'os maxillaire supérieur droit tout entier et l'os zygomatique du même côté. Il présentait, ainsi que j'ai déjà dit, deux parties, dont l'une inférieure appartenait à la mâchoire inférieure, tandis que l'autre tirait son origine

de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur. La résection de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur fut effectuée au niveau de l'angle externe de l'œil et à la jonction de cet os avec l'os frontal au moyen de la tenaille coupante de Liston, et je me servis de la scie à chaînette pour la séparation de la jonction des deux os maxillaires supérieurs.

M'étant assuré que le pseudo-plasme n'avait pas seulement envahi la mâchoire supérieure droite, mais aussi en certains points l'os maxillaire gauche, j'enlevai également cette partie de l'os, faisant agir la scie à chaînette sur l'autre côté de la cloison nasale. Cette disjonction faite, une pression légère avec la main suffit pour enlever toute cette partie de la tumeur. Restait encore l'ablation de la moitié droite de la mâchoire entourée du pseudo-plasme; je parvins à l'effectuer sans difficulté après avoir scié l'os au niveau de la première dent incisive du côté gauche.

L'opération terminée et quatre artères liées, je rapprochai les bords de la plaie, que je réunis par vingt et un points de suture et fis recouvrir d'un linge fenêtré. Je fis ensuite remettre l'opéré dans son lit, et j'ordonnai des fomentations froides.

Comme il demandait à boire et à manger, l'eau et le bouillon lui furent donnés à l'aide d'une seringue. Le reste de la journée et la nuit suivante se passèrent assez tranquillement; le lendemain, il prit l'eau et un consommé à l'aide d'une cuiller; le troisième jour, il buvait avec une tasse.

Aucun symptôme de réaction fébrile.

Le quatrième jour, je renouvelai le pansement, j'ôtai les sutures, et je trouvai la plaie presque partout réunie. Les parties molles de la moitié droite du visage étaient peu gonflées; l'œil droit était plus proéminent que l'autre.

Le cinquième jour, l'opéré parut abattu, but et mangea peu; son pouls présentait 80 battements. Il passa la nuit suivante avec du délire et sans sommeil.

Le sixième jour, l'abattement était encore plus prononcé; pas d'appétit, point de soif, petitesse du pouls, qui était peu accéléré; excrétion des urines et des selles régulière, langue sèche; la percussion et l'auscultation ne firent découvrir, ni à présent ni les jours suivants, rien d'anormal; la réunion de la plaie était parfaite partout.

Le malade présenta le même état pendant les onze jours qui suivirent.

Dans la nuit du dix-septième au dix-huitième jour après l'opération, il fut pris tout à coup d'une grande exaltation, de sorte qu'on ne le

pouvait presque pas retenir au lit. L'œil droit sortit davantage de l'orbite ; sa cornée, devenue opaque, présenta une crevasse au centre. La vue était abolie. Cet état dura pendant la journée et la nuit suivante.

Le dix-neuvième jour, le malade se trouva dans un état apathique, d'où il sortait quelquefois en poussant des cris et en se remuant ; la main gauche parut paralysée, tandis que la main droite tremblait. Décubitus sur le dos, pas de sommeil, augmentation de l'abattement.

Le vingtième jour, le pouls présenta une grande fréquence et une petitesse extrême.

Le vingt-deuxième jour, le malade présenta l'état soporeux très prononcé ; il parle inintelligiblement ; l'excrétion des selles et des urines se faisait involontairement. Le malade mourut le vingt-septième jour après l'opération.

Autopsie après vingt-quatre heures. — Amaigrissement ; cependant les muscles sont volumineux ; c'est seulement la graisse qui a diminué ou presque disparu. Le cœur est très petit, les poumons sont refoulés dans la partie postérieure du thorax. Le poumon gauche présente beaucoup d'adhérences de nouvelle date avec la plèvre costale ; à son sommet, le tissu est normal, rempli d'air et parsemé de taches pigmenteuses ; dans sa partie inférieure, il contient plusieurs abcès de la grosseur d'une fève jusqu'à celle d'une noix ; ces abcès se trouvent particulièrement vers la surface du poumon.

Le poumon gauche présente le même état normal.

Les deux plèvres contiennent 10-12 onces d'un fluide séreux, jaunâtre, mêlé avec des flocons de fibrine. Ce même fluide existe dans le péricarde. La rate présente un abcès assez volumineux, qui a percé la surface supérieure de cet organe vers le diaphragme. Le foie est sain. Il y a des signes évidents de péritonite partielle avec exsudation d'une sérosité floconneuse dans le bassin.

L'hémisphère droit présente un grand abcès rempli de pus jaune et épais ; la substance du cerveau qui entoure cet abcès est ramollie ; l'orbite droit contient une tumeur cancéreuse qui entoure le nerf optique, pousse le globe en avant et se prolonge jusque dans la cavité du crâne ; les parois osseuses de l'orbite en sont atrophiées.

L'examen anatomique des pièces enlevées par l'opération fait voir l'os zygomatique et l'os maxillaire supérieur tellement changés par le pseudo-plasme qu'il n'y a plus de trace de l'antre d'Higmor et que l'on n'y trouve presque pas de parties osseuses. Aucune dent n'existe.

La mâchoire inférieure présente le même état, c'est-à-dire l'infiltration cancéreuse au plus haut degré. Au milieu de ce pseudo-plasme,

on découvre des excavations cystiques remplies de sang ou d'une matière gélatineuse, dans laquelle l'examen microscopique fait voir toutes sortes de cellules de forme spirale, de cellules granuleuses avec et sans noyaux.

L'autopsie prouve donc que l'opéré est mort de pyémie, qui ne s'est manifestée ni par des frissons, ni par des sueurs, ni par un teint ictérique, ni par la cyanose, ni par aucun autre symptôme que l'on observe ordinairement dans l'infection purulente. Cela doit étonner d'autant plus que les dépôts de pus dans le cerveau, dans les poumons et dans la rate étaient assez considérables.

En outre, on doit bien se rappeler que la plaie des parties molles faite par l'opération avait guéri bien rapidement; on peut dire par réunion immédiate.

L'auscultation et la percussion, que nous avions pratiquées tous les jours, n'avaient pas éclairé ici le diagnostic ; ce que j'avais déjà observé dans des cas semblables où les malades succombèrent à la suite de l'infection purulente.

Le délire dont cet individu fut pris et l'état paralytique de sa main gauche me firent soupçonner la présence d'un abcès, d'autant plus que j'avais déjà observé des cas où la présence du pus dans le cerveau s'était manifestée par une telle série de symptômes.

— M. le docteur SALNEUVE lit un mémoire sur le traitement des abcès phlegmoneux et des plaies suppurées par la teinture d'iode. (Commission : MM. Monod, Larrey, Gosselin.)

— M. DEMARQUAY présente une série de tumeurs fibro-plastiques recueillies chez l'homme qu'il avait présenté pour une tumeur pulsatile du bras, sur la nature de laquelle M. Lebert avait donné son opinion; il se réserve de communiquer plus tard toute l'observation.

Tumeur cancéreuse de la cuisse au-dessus du genou.

M. LARREY présente une tumeur cancéreuse à laquelle il avait fait allusion dans une précédente séance à propos des ponctions exploratrices et pour laquelle il a dû pratiquer ces jours derniers l'amputation de la cuisse.

Cette tumeur, située à la face interne du tiers inférieur de la cuisse, s'était développée à la suite d'une contusion violente un an auparavant et avait envahi le pourtour du membre au-dessus du genou chez un soldat âgé de trente ans et d'une assez bonne constitution. Elle avait été assez ferme et résistante d'abord, offrant les caractères d'une tumeur squirrheuse, adhérant au fémur et à la surface de l'articulation; puis elle était devenue molle, dépressible, avec fausse fluctuation

et des douleurs lancinantes très aiguës, surtout depuis la ponction, à tel point que l'amputation ne put être différée.

Aussitôt après l'opération, à laquelle avait assisté M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), une injection fut faite, selon son conseil, dans l'artère fémorale, afin de rechercher, comme il y avait réussi pour un cas analogue, si le liquide injecté passerait des artères dans les veines; mais il n'en fut rien.

La tumeur, examinée secondairement, offre à considérer les particularités suivantes :

Une dimension de 42 centimètres dans sa plus grande circonférence, une distension marquée des téguments amincis à toute sa surface avec fausse fluctuation et ulcérés dans un point, une crépitation et une mobilité singulières un peu au-dessus du niveau de l'articulation, une infiltration séreuse du tissu cellulaire et des muscles décolorés, quelques dépôts de la matière à injection, des foyers sanguins ou apoplectiques disséminés à la superficie ou dans l'intérieur de la tumeur, une masse enfin de tissu encéphaloïde circonscrivant toute la région du genou et offrant vers le creux du jarret un aspect et une disposition d'autant plus comparables à la substance cérébrale que cette tumeur se trouvait comme séparée en deux lobes distincts par les vaisseaux poplités.

Quant à l'articulation du genou, le condyle interne du fémur, spontanément détaché du corps de l'os, en est séparé tout à fait par une certaine quantité de tissu cancéreux. Le condyle externe n'est plus adhérent au reste de l'os que par une lamelle osseuse très friable. Un filet d'eau dirigé sur cette partie fait constater l'érosion des parois du canal médullaire contenant un liquide huileux mêlé au détritus de là matière encéphaloïde devenue diffluente presque en totalité.

Le tibia et le péroné sont intacts, ainsi que les cartilages diarthrodiaux, les cartilages semi-lunaires et les tissus fibreux entourant l'articulation.

Quant à l'état de l'amputé, il est aussi satisfaisant que possible eu égard à un cas aussi grave et aux chances si redoutables de la récidive.

M. Heyfelder. A l'occasion de cette communication, je dirai que peu avant mon départ d'Erlangen j'ai dû pratiquer la désarticulation de la cuisse pour un cancer s'étendant du genou au grand trochanter; malgré la gravité de l'opération, j'ai préféré ce moyen à une amputation sous-trochantérienne comme mettant plus à l'abri de la récidive. Lorsque je quittai le malade, la plaie était presque fermée. D'après l'indication d'un de mes collègues, ayant fait une injection dans l'artère crurale, j'ai vu qu'elle revenait par les veines.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 13 avril 1853.

Présidence de M. Guersant.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

On the nature and treatement of the diseases of the heart, by James Wardrop ; offert par l'auteur.

M. Chassaignac fait hommage des trois thèses suivantes :

Des plaies de la tête,
Des membranes muqueuses,
Des tumeurs de la voûte du crâne.

Pied artificiel.

M. Larrey présente, au nom de M. de Beaufort, un pied artificiel sur lequel il a déjà fait un rapport à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XVII, p. 66).

Ce pied, fort simple dans sa confection, n'est point un pied mécanique ou articulé, c'est seulement une sorte d'ajoutage en bois substitué au pilon ordinaire sous la forme d'un pied décrivant à sa base ou à sa surface plantaire, depuis le talon jusqu'à son extrémité antérieure, une courbure qui constitue le principe et l'avantage de cet appareil.

Il permet, en effet, à la jambe de bois d'allonger et d'égaliser le pas, au lieu de l'exposer à heurter les aspérités du sol ou à entraîner le membre dans un mouvement de rotation en dehors, qui produit avec le pilon ordinaire l'action dite de *faucher* en marchant. Le pied artificiel tend ainsi à diminuer sensiblement la fatigue ressentie par la plupart des amputés, en même temps qu'il donne toute sécurité à leur progression et les préserve des chutes auxquelles ils sont souvent exposés.

B

CHARRIERE

A

C

On n'a besoin que d'examiner le mécanisme si simple de la marche à l'aide de ce moyen prothétique pour en comprendre l'utilité;

car, si la courbe antérieure sert à porter le membre en avant, la courbe postérieure le soutient par une surface large et solide. Le moignon et la hanche se trouvent maintenus sur un plan horizontal qui n'oblige plus le poids du corps à se porter ou à s'élever sur la pointe du pied naturel pour surmonter l'obstacle offert au pilon ordinaire.

Deux sous-officiers invalides amenés à la séance se servent si facilement du pied artificiol, qu'ils démontraient eux-mêmes l'avantage de cet appareil substitué déjà au simple pilon chez un grand nombre d'amputés.

M. de Beaufort a fait une application de son système de support courbe à la confection des béquilles, plus faciles et plus sûres à manier ainsi pour les malades ou les convalescents et pour les amputés qui ne font pas encore usage d'un membre artificiel.

Fracture comminutive des deux avant-bras avec plaie de l'articulation radio-carpienne. Sphacèle des parties profondes sans application d'appareil.

M. Marjolin. Le premier des malades que j'ai l'honneur de vous présenter est un couvreur qui, le 26 octobre 1852, est tombé à la renverse du haut d'un mur de 13 pieds, sur les pieds et sur la tête. La commotion ne fut pas très forte. Le lendemain, à la visite, je constatai une fracture des os propres du nez et une fracture comminutive des deux avant-bras. Des deux côtés l'articulation radio-carpienne était assez largement ouverte. Du côté gauche, il y avait en outre une luxation des os du carpe, luxation qui se réduisait facilement, mais qui se produisait de même. Dans les premières heures, le malade fut en proie à une agitation extrême. Préoccupé comme je l'étais de la gravité de l'état général, j'avais laissé inaperçue une luxation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit. M'en étant aperçu à la visite du lendemain, je la réduisis sans peine.

Pendant les premiers jours, le malade eut de fréquentes hémorrhagies par le nez; puis bientôt il fut pris de delirium tremens. J'étais parvenu à calmer tous les accidents nerveux, lorsque je me trouvai en face d'une nouvelle complication. Dans son délire, le malade s'était fortement agité, et malgré la précaution que j'avais eue de soutenir le bras droit sur un petit hamac sans exercer aucune constriction, en l'entourant seulement de cataplasmes presque froids, un sphacèle profond s'était déclaré, toute la peau étant restée intacte. C'était le onzième jour de l'accident. Je pratiquai deux incisions assez grandes

suivant l'axe du membre, et il en sortit un pus fétide mêlé de caillots sanguins et de tissu cellulaire sphacélé.

Pendant les six jours qui suivirent le débridement du bras droit, des hémorrhagies très abondantes survenant, je dus, presque malgré le malade, pratiquer l'amputation du bras droit par la méthode à lambeaux.

J'ai choisi ce procédé comme étant le plus rapide et comme me permettant de manœuvrer plus facilement au milieu des diverses incisions que j'avais faites.

L'emploi du chloroforme et la constriction du tourniquet, que j'avais été obligé de laisser appliqué, firent perdre au malade plus de sang veineux que je ne l'aurais voulu; de sorte qu'après être revenu à lui, dans la journée il eut plusieurs syncopes. Je dus le faire frictionner avec de l'ammoniaque et le soutenir avec du vin et du bouillon. La plaie a marché promptement vers la cicatrisation, et, bien que l'amputation ait été pratiquée aussi haut que possible, le résultat est encore très satisfaisant.

L'avant-bras gauche, qui était le plus malade, a guéri, mais après vingt ouvertures d'abcès survenus successivement et communiquent tous plus ou moins directement avec la fracture. Plusieurs esquilles très petites sont sorties; mais ce qui est à noter, c'est que presque tout le cubitus a été un instant dénudé. Je croyais que je serais obligé d'extraire un séquestre considérable pour hâter la guérison, comme l'a conseillé le professeur Mayor (de Genève); mais il y a eu là très probablement une exfoliation insensible, comme dans les plaies du crâne.

J'aurai, du reste, occasion de revenir plus tard sur ce fait, qui est un exemple de la possibilité de la gangrène d'un membre fracturé sans qu'il y ait eu la moindre constriction par un appareil.

Observations de fracture de la base du crâne.

Les deux eutres malades ont tous les deux eu une fracture de la base du crâne; chez tous les deux il y a eu des complications sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Chez cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, la cause de la fracture a été une chute d'un deuxième étage; l'accident ne datait que de quelques heures lorsqu'elle fut amenée dans mon service. Il y avait une plaie contuse au niveau du pariétal droit; du seng s'écoulait par le nez et l'oreille gauche; la membrane du tympan était déchirée; une bosse sanguine considérable existait au niveau de la région temporale de ce côté. Sous l'influence d'un traitement convenable, l'état général s'était notablement amélioré; il restait simplement une otorrhée abon-

dante, lorsque des accidents cérébraux se développèrent : la bosse sanguine de la tempe augmenta de volume et devint très fluctuante. J'incisai largement ce foyer, et du jour même l'otorrhée diminua et cessa très promptement. La malade s'était tout à fait remise, et avait même eu depuis une varioloïde assez confluente, lorsque, deux mois et demi après l'accident, étant entrée dans un violent accès de colère, elle fut prise d'un écoulement de sang par l'oreille gauche ; les jours suivants, cet écoulement fut remplacé par de la sérosité sanguinolente. Du côté gauche, l'ouïe est entièrement perdue.

Le deuxième malade est un marinier, qui a eu également une fracture de la base du crâne en tombant d'environ huit pieds de haut sur le côté gauche dans l'entre-pont d'un bateau. A son entrée à l'hôpital, il perdait du sang par l'oreille du côté gauche et le nez ; la clavicule du même côté était littéralement broyée ; au milieu d'un vaste épanchement sanguin qui occupait toute la région sus et sous-claviculaire, on sentait des esquilles mobiles menaçant de perforer la peau ; hémiplégie faciale gauche. Le malade était à peine sorti de la commotion, qu'il survint un érysipèle du cuir chevelu et de la partie supérieure du tronc compliqué de delirium tremens. A la suite de ces accidents, cinq ou six abcès très considérables se sont formés aux cuisses, à la hanche et au niveau de la fracture de la clavicule.

Aujourd'hui le malade, malgré la perforation de la membrane du tympan, n'a pas perdu l'ouïe. Au niveau de la fracture de la clavicule, il existe une fausse articulation qui ne gêne en rien les mouvements du bras. Les traits de la face n'ont pas encore repris leur symétrie ; mais il ne reste que très peu de déviation de la bouche à droite.

— A l'occasion du procès-verbal, M. le professeur Heyfelder adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je viens de lire le rapport très favorable et très flatteur que M. Broca a bien voulu faire de mes faibles travaux médico-chirurgicaux à la Société de chirurgie dans sa séance du 30 mars ; cependant je regarde comme un devoir de vous signaler quelques erreurs qui s'y sont glissées, et je vous prie, monsieur, de vouloir bien en faire mention au rapport de la séance d'aujourd'hui, à laquelle je ne puis assister à cause d'une indisposition assez grave.

» M. Broca dit, entre autres, que M. Heyfelder, chargé depuis douze années de l'enseignement de la chirurgie à Erlangen, a donné une vive impulsion aux études chirurgicales, jusqu'alors trop négligées dans cette université.

» Je ne puis et ne dois pas accepter cet éloge dans toute son étendue ; car la chirurgie n'avait jamais été négligée à l'université d'Erlangen, où des hommes tels que Schreger, Michel Jaeger et Louis Stromeyer m'ont précédé et peuvent être même considérés comme les fondateurs d'une école chirurgicale d'où est sorti M. Ried, professeur de clinique chirurgicale à Iéna, dont le *Traité des résections* vous a été remis il y a peu de semaines. C'est à l'activité des hommes que je viens de vous nommer qu'est dû l'esprit scientifique pour la chirurgie à l'université d'Erlangen ; pour moi, je me suis efforcé de conserver et d'augmenter l'impulsion que d'autres avaient déjà donnée.

» Agréez, etc. HEYFELDER. »

— M. GIRALDÈS montre ensuite l'artère carotide d'un cheval chez lequel il avait pratiqué une injection de perchlorure de fer. On remarque un caillot olivaire assez consistant.

M. DEBOUT montre également la carotide d'un cheval sur lequel il a pratiqué une injection semblable. On ne retrouve ni trace de caillot, ni trace d'inflammation de la membrane interne ; seulement on remarque que le tissu cellulaire qui forme la gaîne de l'artère est noueux et comme épaissi au niveau de l'injection. M. Debout pense que le caillot s'est redissous.

M. GIRALDÈS. Je viens d'examiner avec soin la pièce que M. Debout vient de mettre sous vos yeux, et, d'après ce que j'ai vu, je suis très porté à croire que l'injection n'a pas pénétré dans le vaisseau, mais simplement dans la gaîne.

M. LENOIR. Je crois également que l'injection n'a pénétré que dans la gaîne; car elle seule se trouve épaissie, tandis que la membrane interne est tout à fait saine.

M. GIRALDÈS. Si l'injection avait pénétré dans l'artère, on devrait retrouver la trace de la piqûre; car, si petite qu'elle soit, elle permet encore au sang artériel de s'échapper. Du reste, j'ai déjà répété huit fois ces expériences, constamment j'ai obtenu un caillot olivaire solide, et jamais je n'ai observé le long du vaisseau ces bosselures ou chapelets dont nous a parlé M. Debout.

M. ROBERT. Je partage entièrement l'opinion de MM. Giraldès et Lenoir ; je viens d'examiner avec beaucoup de soin la pièce de M. Debout, et je n'ai constaté qu'un peu de rétrécissement du calibre de l'artère dans l'étendue de deux travers de doigt; la tunique interne de l'artère est tout à fait saine ; nulle part je n'ai retrouvé la trace d'une piqûre, tandis qu'en dehors il y a une tache noirâtre qui correspond à la partie du tissu cellulaire induré.

Je profiterai de cette circonstance pour rappeler que, si après l'injection dans les deux carotides d'un animal on a des accidents, la même chose a lieu chez l'homme lorsqu'on veut lier de suite les deux carotides. C'est ainsi que Langenbech et Liston ont perdu leurs malades. Il faut laisser entre les deux opérations un intervalle de quatre ou cinq mois pour le moins. Chez la jeune fille affectée d'anévrisme cirsoïde, chez laquelle j'ai pratiqué la ligature des deux carotides, bien que j'eusse mis tout ce temps entre les deux ligatures, j'ai encore eu des accidents : ainsi il y eut de suite une pâleur extrême, des fourmillements dans les jambes et presque perte de la vue.

M. Debout. Je suis convaincu que la canule a pénétré dans l'artère, et MM. Leblanc et Denonvilliers, qui assistaient à l'expérience, ont parfaitement vu, comme moi, le sang sortir de la canule de l'instrument, et ont constaté ensuite la formation d'un caillot dans l'artère. Seulement ce caillot n'a été que temporaire.

Correspondance manuscrite.

M. le docteur Fleury, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine secondaire de Clermont-Ferrand, adresse une observation ayant pour titre : *Introduction d'un haricot dans la trachée artère. — Tentatives d'extraction. — Mort.*

Commission : MM. Lenoir, Guersant, Chassaignac.

— M. le docteur Benoit, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, communique deux observations dans le but de démontrer :

1° La réalité de l'étranglement par l'anneau crural;

2° L'influence fâcheuse et peu connue des adhérences intra-abdominales des viscères non herniés sur la réduction des viscères herniés.

Commission : MM. Michon, Larrey, Forget.

Grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin.

M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux, présente les pièces anatomiques recueillies par lui dans un cas de grossesse extra-utérine simulant une tumeur sanguine du petit bassin.

Ce cas est relatif à une femme de trente ans, ouvrière en coton, habituellement bien réglée et déjà mère de cinq enfants, qui vint réclamer ses soins au mois de mars dernier pour une hémorrhagie utérine, dont elle était affectée depuis le 20 janvier. Cette hémorrhagie avait paru après un retard de sept jours et à la suite d'un violent chagrin. D'abord ne revenant qu'à intervalles, elle n'avait pas tardé à devenir continue, et avec elle avaient paru des douleurs semblables à celles de

l'accouchement. Un examen assez détaillé, pratiqué le 28 mars, fit reconnaître un gonflement considérable des lèvres, du col, avec écartement, renversement en dehors et aspect fongueux, et de plus une tumeur située en arrière et à gauche du corps de l'utérus, et que l'on crut être une rétroflexion de cet organe.

Le 1er avril, des accidents aigus ayant appelé l'attention, on constata au-dessus du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur qui le dépassait de 2 à 3 centimètres, et qui, se prolongeant dans le petit bassin, qu'elle remplissait en partie, circonscrivait l'utérus en arrière, et latéralement le refoulait en haut et en avant et comprimait la vessie.

Le 4 avril, il survint des signes de péritonite, et le lendemain on put constater que la tumeur s'était étendue supérieurement à droite. Cependant elle dépassait de cinq à six travers de doigt l'arcade de Fallope à gauche, tandis qu'à droite elle ne s'élevait au-dessus de ce ligament que de deux ou trois travers de doigt. En même temps la malade avait notablement pâli, et malgré une amélioration momentanée survenue dans son état à la suite de l'emploi des topiques et de l'application d'un large vésicatoire sur le ventre, elle succomba le 8 avril, trois heures après un frisson violent avec claquement de dents, et au milieu d'accidents qui semblaient indiquer une perte de sang intérieure.

L'examen du cadavre montra des adhérences filamenteuses récentes unissant les intestins entre eux et avec la paroi antérieure de l'abdomen; le péritoine épaissi et coloré en bleu noirâtre; du sang épanché et coagulé récemment dans divers points de la cavité péritonéale, surtout inférieurement, au voisinage d'une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et le débordait de 2 centimètres et demi, refoulait en haut et en avant l'utérus, et était contournée par l'S iliaque, qui pénétrait dans le bassin à droite et en arrière, pour aller se placer ensuite en arrière et à gauche. Cette tumeur, qui paraissait revêtue partout par le péritoine, était constituée par un caillot sanguin pesant près d'un kilogramme, formé de deux parties : l'une située en avant et à gauche, de date plus ancienne, et comme stratifiée; l'autre située à droite et en bas, composée de sang noirâtre pris en gelée. En cherchant à enlever ce caillot, on entraîna à gauche un petit fœtus qui pouvait avoir deux mois ou deux mois et demi, qui était littéralement aplati par le caillot contre les parois du bassin, et qui tenait par son cordon ombilical à une espèce de gâteau placentaire inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. L'utérus était un peu augmenté de volume; ses cavités dilatées sans aucune altération, et surtout sans membrane caduque. La lèvre antérieure du col était menue et tranchante; la pos-

térieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient dilatés, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt, se renflait en entonnoir et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 à 7 centimètres de diamètre dans tous les sens ; il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords lisses, de 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre ; il contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut, et était accolée et aplatie sur la tumeur. L'ovaire n'a pas été retrouvé. La poche sanguine, d'uu volume considérable, était garnie à son intérieur de couches fibrineuses ; elle ne présentait nulle part trace de l'insertion des cotylédons du placenta.

Rapprochant ce cas des faits connus de véritables tumeurs sanguines du petit bassin, M. Aran a montré les nombreux et étroits rapports qui existent entre toutes les tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et il en a conclu que la grossesse extra-utérine doit être considérée à l'avenir comme pouvant être le point de départ d'une de ces tumeurs. Le mécanisme de leur production reste encore assez obscur dans les cas de ce genre. En effet, il est permis de croire que c'est primitivement dans la trompe droite que le fœtus s'est développé, et que, chassé de cette trompe à travers l'ouverture qui a été retrouvée à l'autopsie, et qui s'est probablement rétrécie depuis, il a été refoulé peu à peu à gauche par des épanchements de sang successifs. Il ne faut pas oublier que l'ovaire gauche n'a pas pu être retrouvé d'une manière certaine, et que c'est peut-être dans sa cavité que le fœtus a pu rester et acquérir son développement. Ce fait n'est pas non plus de nature à juger la question du siége précis de l'épanchement sanguin, car si la tumeur paraissait avoir son siége au-dessus du péritoine, il y avait cependant des caillots en assez grande quantité dans la cavité abdominale ; et l'on sait d'ailleurs que les couches fibrineuses anciennes sont susceptibles d'acquérir un aspect lisse et poli, qui rappelle tout à fait celui des membranes séreuses. Ce fait a néanmoins une véritable importance, dit en terminant M. Aran, en ce qu'il montre la nécessité d'établir entre les tumeurs sanguines du petit bassin des distinctions fondées sur leur véritable nature, et tant qu'on n'aura pas trouvé les signes qui caractérisent chacune de ces variétés, le traitement ne reposera pas sur des bases certaines et rationnelles.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 20 avril 1853.

Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Kyste canaliculé de la région antérieure du cou.

M. Larrey présente un garde de Paris entré récemment dans son service au Val-de-Grâce pour une affection du cou assez étrange. Ce militaire, doué d'une forte constitution, n'a jamais offert les moindres signes de scrofules, et surtout point d'engorgement des ganglions cervicaux; il a été atteint seulement d'une blennorrhagie parvenue à une guérison prompte et radicale. C'est après avoir été gêné pendant longtemps par une agrafe d'habit dont la pression s'exerçait sur la région antérieure du cou qu'il vit se développer peu à peu une tumeur au niveau de l'angle du cartilage thyroïde. Cette tumeur, dont l'origine remonte à quatre années déjà, offrait par son siége, par sa forme, par son volume, par sa consistance, etc., tous les signes d'un kyste séreux. Elle s'accrut par une pression continue du col après être restée stationnaire, et parvint au volume d'un œuf de poule, sans altération de la peau, sans douleur locale, mais en occasionnant bientôt de la difficulté dans la déglutition, dans la phonation et même dans la respiration.

Des frictions résolutives avec la pommade iodurée firent diminuer la tumeur et disparaître ces effets de compression; mais, deux mois après, une inflammation assez intense, développée dans la tumeur elle-même, envahit toute la région antérieure et médiane du cou. La résolution obtenue par les moyens appropriés fut suivie d'une induration étroite et linéaire, aboutissant en haut à la tumeur primitive d'une part, ou au niveau du cartilage thyroïde, et d'autre part, ou en bas, au milieu de la fourchette du sternum, à un engorgement circonscrit.

Le malade, entré une première fois au Val-de-Grâce, offrait seulement alors les signes d'un kyste du cou. Les résolutifs employés n'eurent qu'un résultat incomplet; une seconde inflammation semblable à la première se déclara, et plus tard une troisième, alors que le garde avait repris son service. Chacune de ces inflammations s'était développée dans le mois de mai des années 1849, 1850 et 1851.

Il se forma dès lors sur la ligne médiane de la partie antérieure du cou, depuis le kyste thyroïdien jusqu'au bord du sternum, une indu-

ration cylindrique comme un cordon, terminée en bas par une petite tumeur de forme arrondie, de consistance assez ferme, augmentant de volume par la diminution du kyste, et diminuant au contraire par l'augmentation de cette tumeur plus élevée. Ces alternatives de développement bien appréciables survenaient quelquefois spontanément et à certains intervalles; d'autres fois elles s'effectuaient à volonté sous la pression du doigt.

La gêne occasionnée par le frottement du col d'uniforme et par l'agrafe de l'habit, au niveau de la tumeur sus-sternale, détermina le malade à percer cette tumeur avec une aiguille. Un liquide séreux, roussâtre, s'en écoula d'abord; une ulcération fistuleuse s'établit ensuite dans le même point, et donna issue, à quatre reprises différentes, à des fausses membranes tubulées, consistantes et assez longues.

C'est alors que ce militaire fut envoyé de nouveau à l'hôpital, où nous avons recueilli les renseignements qui précèdent.

L'examen de la partie antérieure du cou fait constater effectivement :

1° Une tumeur molle, dépressible, au niveau du cartilage thyroïde;

2° Un cordon du volume et de la consistance d'un tuyau de plume, non adhérent à la peau, mais fixé à la tumeur et aboutissant en ligne droite à la région sus-sternale;

3° Une ulcération fistuleuse très étroite paraissant communiquer par le même point avec la région thyroïdienne.

Cependant l'exploration de l'ouverture à l'aide d'un stylet ne permet pas à l'instrument de pénétrer dans le conduit présumé, ni de parvenir ainsi jusqu'au kyste. Avant de renouveler cette tentative de cathétérisme, avant d'essayer des injections ou tout autre moyen propre à confirmer son diagnostic, M. Larrey soumet ce cas à l'attention de la Société, comme offrant une forme singulière des kystes du cou, forme qu'il proposerait d'appeler *kyste canaliculé.*

M. Chassaignac. Malgré la continuité d'un cordon induré depuis la tumeur fluctuante jusqu'à la fisture sus-sternale, il ne m'est nullement démontré qu'il y ait une voie de communication de l'orifice fistuleux jusqu'au kyste. Il a pu exister deux foyers distincts, quoique liés entre eux par l'intermédiaire d'une chaîne lymphatique. Il n'y a pas bien longtemps que j'ai observé un fait analogue sur un notaire de Paris, auprès duquel j'avais fait appeler M. Cloquet. A la suite d'un anthrax dans la région sus-hyoïdienne, il se forma un abcès angioleucitique, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale. Il y avait entre le foyer de l'anthrax et celui de la partie inférieure du col une traînée lymphatique indurée, mais aucune communication canaliculaire : les deux foyers étaient distincts, quoiqu'il y eût entre eux une dépendance

de cause à effet. Je n'admettrai donc, dans le cas de M. Larrey, l'existence d'un canal de communication que quand son existence sera anatomiquement démontrée.

M. Guersant. J'ai eu deux ou trois fois occasion d'observer des kystes au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, et je me suis bien trouvé de l'usage des injections iodées; je crois que c'est par là qu'il faut commencer. Si ce moyen échouait, il serait toujours temps de recourir à l'emploi du séton.

M. Forget. Je crois qu'un des meilleurs moyens d'étudier les rapports de ce kyste, ce serait de le laisser se dilater, en comprimant légèrement l'ouverture inférieure.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Considérations sur les lésions traumatiques du rachis et la moelle épinière, par le docteur Schveing.

De la certitude médicale, et de la nécessité d'améliorer les lois qui régissent l'exercice de la médecine, par le docteur Jeannel.

De cerebri et medullæ spinalis systemate vasorum capillari in statu sano et morboso, par le docteur Ekker.

Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur le diaphragme, par le docteur Duchenne (de Boulogne).

Observation de gastrostomie, par le professeur Sédillot.

Association medical Journal.

Correspondance.

M. le docteur Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, adresse un mémoire sur l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple. (Commissaires : MM. Lenoir, Debout, Laborie.)

— M. le docteur Jules Roux (de Toulon) adresse la lettre suivante, au sujet des modifications à apporter au procédé à lambeau plantaire latéral interne dans l'amputation tibio-tarsienne :

« Toulon, le 13 avril 1853.

» Monsieur le président, l'expérience apprend chaque jour que les méthodes et les procédés opératoires ne sortent pas ordinairement parfaits des mains de leurs auteurs, et que la réflexion et l'observation des faits cliniques les font marcher longtemps dans la voie du progrès. L'histoire de l'amputation tibio-tarsienne est une preuve nouvelle de cette assertion.

» On sait que cette opération fut introduite dans la science et dans la pratique avec la méthode à lambeau *dorsal* et avec le procédé de

M. Baudens, son auteur. Bientôt la méthode à lambeau *plantaire* et le procédé de M. Syme furent préférés. Peu après, s'il faut en croire MM. Robert, Nélaton, etc., mon procédé à lambeau *plantaire latéral interne* dut prévaloir sur celui du chirurgien d'Edimbourg.

» Je viens aujourd'hui apporter une modification légère, mais importante, à mon procédé lui-même.

» Dans presque tous les temps de mon procédé, les parties molles doivent être séparées du calcanéum avec tant de soin, que la description que j'en donne contient virtuellement le précepte de détacher le périoste dans la plus grande étendue de cet os.

» Je conseille aujourd'hui, dans cette dissection délicate, *de laisser le périoste adhérer au calcanéum, et d'éviter ainsi de le conserver avec les parties molles du moignon.*

» Deux faits cliniques m'ont appris que lorsque la dissection est tellement exacte que le périoste du calcanéum détaché de l'os reste dans le lambeau, des ostéophytes peuvent s'y développer, et que ces productions osseuses, multiples et irrégulières, exposent à contrarier le résultat final par les maladies dont elles peuvent être atteintes, et par la gêne qu'elles sont susceptibles d'apporter à la station et à la déambulation sur le moignon , de telle sorte que dans ce dernier cas l'opéré semblerait marcher sur de petits cailloux.

Sur un premier malade, j'avais observé une ostéophyte au-dessus et en dehors de la cicatrice, mais, par sa situation, elle ne pouvait apporter aucun obstacle direct à la marche, et n'entrava en rien la guérison.

» Certainement il n'en aurait pas été de même du deuxième opéré, qui, ayant succombé à la cachexie scrofuleuse dix mois après l'amputation, nous a offert dans le milieu de son moignon six ostéopbytes en partie cariées.

» A côté des faits cliniques qui me font apporter une modification légère au procédé à lambeau plantaire latéral interne, il faut aussi placer, je crois, le fait intéressant dont M. le docteur Verneuil a déjà entretenu la Société de chirurgie, et qui, ayant trait à une *névrite* des rameaux du nerf tibial, a porté ce cbirurgien à proposer la résection des branches de ce nerf.

» J'ai l'honneur d'adresser à la Société de cbirurgie l'observation complète de ce dernier opéré, observation recueillie dans mon service par M. le docteur Fleury, prosecteur à l'École de médecine navale de Toulon.

» Agréez, etc. Dr Jules Roux, D.-M.-P. »

L'observation qui accompagne la lettre est renvoyée à la commission chargée d'examiner ce nouveau procédé opératoire.

— M. le docteur NIVET (de Clermont-Ferrand) adresse la lettre suivante :

« Clermont-Ferrand, 28 mars 1823.

» Monsieur le président, je viens de lire dans l'*Union médicale* du 22 mars le compte rendu de la séance du 16 courant, dans laquelle M. Deguise a bien voulu rendre compte de mon travail sur le goître estival épidémique. Permettez-moi de soumettre à la Société que vous présidez les réflexions suivantes, qui m'ont été inspirées par cette lecture :

» 1° M. Guyton (d'Autun) a eu tort de me disputer une priorité que je n'ai pas réclamée, et qui appartient à M. Lavort, professeur à l'École de médecine de Clermont. Les observations de notre honorable doyen remontent à 1822. (Voir la page 2 de notre travail.)

» 2° La composition des eaux de notre pays est très variée; elle n'a paru exercer aucune influence sur l'apparition et le développement du goître. (Voir la page 4 du même opuscule.)

» 3° Je suis très disposé à ranger, avec M. Robert, le goître douloureux parmi les engorgements inflammatoires; mais dans la majorité des cas l'hypertrophie a été indolente.

» 4° Mes observations et celles de M. Merruau, chirurgien-major du 18e de ligne, s'accordent avec celles de M. Larrey fils ; nous ne différons que sur un seul point : je ne crois pas que la compression mécanique exercée par le col-cravate soit une cause de goître.

» Je terminerai eu comparant les goîtres signalés en 1852 avec ceux qui se sont montrés en 1851.

» L'année 1852 a été froide, pluvieuse; sa température n'a point offert les alternatives de journées chaudes et de soirées glaciales; le mauvais temps a rendu les promenades et les exercices militaires plus rares : le nombre des goîtres d'été et d'automne a été très peu considérable. Et cependant la composition de l'eau n'a pas varié et la consommation de tabac n'a pas diminué.

» Ces faits confirment pleinement les opinions que nous avons émises dans notre travail sur le goître estival épidémique.

» Agréez, etc. N. NIVET, D.-M.-P.,

» Professeur d'anatomie à l'École de médecine

» de Clermont-Ferrand. »

— M. le secrétaire donne ensuite lecture d'une observation adressée par M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg), membre correspondant.

Tumeur fibreuse (maligne) située dans la région lombaire; excision; cautérisation; récidive. Nouvelle opération; nouvelle récidive. Marasme. Mort.

Obs. — Caroline W..., âgée de neuf ans, s'aperçut, en 1831, qu'elle portait une petite tumeur sous-cutanée, mobile, indolente, située dans la région lombaire droite. Elle n'en fit part d'abord qu'à sa mère, qui, la considérant comme une loupe ordinaire, ne jugea point nécessaire de recourir à un traitement quelconque. Cette enfant, jumelle d'une sœur qui mourut plus tard aussi, avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite, quoique sa constitution n'annonçât pas la vigueur du jeune âge et que le développement de ses facultés intellectuelles laissât également à désirer.

Ce ne fut que trois ans après la première apparition de la tumeur en question, et lorsque celle-ci avait acquis le volume d'un œuf d'oie, que je fus consulté et que, vu les progrès de la maladie, j'en proposai l'ablation.

Située à côté de la masse musculaire du sacro-lombaire et du très long du dos, à peu près dans l'intervalle qui sépare la région de la douzième côte de la crête de l'os des iles, cette tumeur, incolore, insensible à la pression, libre sous la peau, semblait avoir jeté quelques racines vers la profondeur et offrir des adhérences que la dissection seule pouvait déterminer. La complexion de cette petite fille laissait peu de chose à désirer ; la fonction menstruelle venait de s'établir depuis peu, et la gêne qu'elle éprouvait pour fixer ses vêtements lui faisait vivement désirer d'être débarrassée de son incommode excroissance.

L'ablation de la tumeur ne présenta rien de particulier, si ce n'est que, dégagée facilement de l'enveloppe cutanée qui la recouvrait, sa base, fortement adhérente au plan des muscles larges du bas-ventre dans leur portion lombaire, ne se laissait point séparer de même ; j'intéressai leur tissu, ne pouvant énucléer cette base, me réservant d'enlever après coup les couches profondes qui pourraient me paraître suspectes. Je parvins en effet à exciser tout ce qui semblait être de nature fibroïde, et la palpation du fond de la plaie, donnant la sensation d'un tissu normal, qui était la substance musculaire, m'autorisa à penser que je n'avais laissé subsister aucune trace appréciable de la tumeur.

Le travail de la cicatrisation marchait à grands pas; j'avais conservé assez de peau pour pouvoir en recouvrir la surface mise à nu, et les bourgeons charnus pullulant de toutes parts avaient bientôt réuni les

bords de la plaie et produit un froncement de la peau, au point de rendre la cicatrice presque invisible. Les tissus du voisinage conservèrent leur consistance normale, et il ne resta plus aucun vestige d'induration morbide.

Plus de trois ans se passèrent sans qu'il se manifestât aucun phénomène à la région opérée ; la consolidation s'était faite au point que nulle récidive ne semblait possible ; la constitution générale raffermie, l'exercice régulier de toutes les fonctions, le développement du corps, etc., ajoutèrent à cet heureux pronostic, et Caroline W... était devenue grande demoiselle ; la pâleur de son teint, unie à un peu de nonchalance, dénotait néanmoins un tempérament lymphatique que des habitudes sédentaires favorisaient encore.

Dans le courant de 1839, par conséquent cinq ans après la première opération, Caroline W..... s'aperçut qu'à la place de l'ancienne cicatrice la peau était soulevée et qu'une tuméfaction de son pourtour produisait une tension assez forte sur les plis cutanés qui y existaient. Des appréhensions sur le retour de l'ancienne affection se manifestèrent, et au bout d'un certain temps elles ne furent que trop fondées, car la tumeur repullulait avec rapidité sur le siége occupé par la première. Cette fois, la peau soulevée s'amincit, devint bleuâtre, et une légère rougeur érythémateuse de tout le voisinage indiquait un travail intérieur dont le produit s'annonça bientôt par l'apparition d'une masse dure, bosselée, divisée en lobules par les brides de la peau convergeant vers le centre de la cicatrice primitive. Nous vîmes s'accroître cette nouvelle tumeur sans pouvoir lui opposer la moindre résistance, et elle gagna au bout de quelques mois des proportions telles que l'espace compris entre la douzième côte et la crête de l'os des îles en était rempli, et qu'elle anticipait sur la masse musculaire de la gouttière vertébrale du même côté; la saillie était telle qu'elle devint très appréciable à travers les vêtements. Comme cette tumeur (voici ses dimensions : 20 centimètres dans sa plus grande longueur sur 11 de large et 7 d'élévation) était indolente et que l'organisme n'en recevait aucune atteinte, du moins d'une manière appréciable, je crus devoir proposer une seconde ablation, qui fut acceptée sans hésitation.

La jeune personne se soumit avec courage et confiance à cette opération, plus grave que la première, en raison de l'étendue du mal et de l'adhérence solide qu'avait contractée la base de la tumeur avec les tissus sous-jacents ; ce fut au printemps de 1840.

Je tenais à déraciner dans cette circonstance tout ce qui pouvait offrir la moindre trace d'altération, et je crus devoir enlever une grande épaisseur du tissu musculaire dans lequel était implantée la masse fi-

breuse anormale ; mon excision devint si profonde que j'arrivai au tissu sous-séreux abdominal, à travers lequel il me fut permis, ainsi qu'aux assistants, de distinguer des circonvolutions intestinales.

J'avais affaire maintenant à une grande surface saignante, et n'ayant pas de peau à ma disposition pour la recouvrir, j'arrêtai le sang, qui coulait en nappe, avec des boulettes de charpie imprégnées de poudre de colophane, et j'achevai le pansement en exerçant une légère compression sur la région opérée.

Aucun accident ne vint compliquer cette opération. La suppuration s'établit bientôt ; elle dut être longue, en raison de l'étendue de la plaie et surtout de l'absence de peau.

Le travail de cicatrisation marcha convenablement, mais il a fallu plus de deux mois pour qu'il se terminât, et de petites érosions de la surface inodulaire ne se tarissaient que pour être remplacées par d'autres, ce qui retarda pendant quelque temps l'entière guérison.

Celle-ci ne devait pas être d'une aussi longue durée que la première, car au bout de dix-huit mois déjà, l'organisme se trouvant d'ailleurs dans d'assez bonnes conditions, le mal reparut, se propagea avec une intensité telle qu'il semblait se venger pour ainsi dire des atteintes dirigées contre lui ; il prit, dans l'espace de dix-huit autres mois, une forme et une dimension telles qu'il fallut renoncer à toute tentative ultérieure. Non-seulement, à partir de la région lombaire, une nouvelle tumeur se développa et se propagea le long du dos jusqu'à la région cervicale et claviculaire, mais le creux axillaire et l'aine gauches devinrent également le siége de semblables masses sous-cutanées et mobiles.

A cette époque, la santé de Caroline W... commença à s'altérer visiblement ; le chagrin de voir sa maladie devenir incurable, le souvenir de deux opérations restées infructueuses la plongèrent dans un profond découragement ; l'économie en fut atteinte, les fonctions digestives se troublèrent, les forces baissèrent peu à peu, et le marasme ne tarda pas à s'établir : la malade mourut en 1843.

Inutile d'indiquer les diverses péripéties qui précédèrent cette funeste terminaison d'une maladie qui apparaissait tout d'abord sous la forme d'une insignifiante loupe et finit par de monstrueuses végétations ; elles n'appartiennent point, à proprement parler, à l'affection destructive d'un produit hétéroplastique, mais se rattachèrent plutôt à l'issue ordinaire d'un mal incurable.

Autopsie cadavérique. — Toutes les cavités splanchniques ont été ouvertes, et aucun organe n'a présenté la moindre trace d'altération organique ; la maigreur extrême du corps faisait paraître d'une ma-

nière plus expressive encore les masses énormes qui s'étaient développées sous l'enveloppe cutanée intacte du dos, du creux axillaire et de la région inguinale gauche.

La plus grande de ces tumeurs partait de la région lombaire, où elle faisait une saillie considérable, pour se diriger vers l'épaule droite; de là elle poussait un prolongement remplissant la région cervicale et passant au-devant de la clavicule du même côté, où elle se terminait par un bord ondulé, lisse et très peu adhérent au tissu cellulaire sous-cutané. Cette masse se laissait très facilement séparer dans tout son trajet, et une déchirure paraissait seule au niveau de la région scapulaire, où l'on voit des prolongements fibreux se détacher de lobules distincts pour adhérer un peu plus intimement que le reste de la tumeur à la surface correspondante de la peau. Un coup d'œil jeté sur une figure représentant cette immense végétation donnerait mieux que la description l'idée de la conformation externe, de l'étendue et de la direction de ce produit pathologique.

Des tumeurs de même nature, moins développées cependant, occupaient l'une le creux axillaire gauche, l'autre la région inguinale du même côté; leur énucléation fut très facile; de légères adhérences celluleuses les fixaient seulement aux tissus circonvoisins, et aucun développement vasculaire ne signalait les régions où elles avaient établi leur siége; les ganglions lymphatiques étaient partout dans leur état normal. La tumeur du creux axillaire avait la dimension du poing d'un adulte et celle du pli de l'aine égalait le volume d'un œuf d'oie.

En palpant ces masses, on y reconnut une consistance très grande unie à un certain degré d'élasticité. La couleur blanche et l'aspect fibreux ne pouvaient laisser de doute sur la nature du tissu de ces tumeurs, assurance que nous avions du reste déjà acquise lors des premières ablations.

Quant à leur structure interne, elle correspondait parfaitement aux caractères extérieurs : tissu dense à fibres serrées, sans aucune trace de ramollissement ni d'ulcération; seulement les masses formées les dernières offraient un appareil vasculaire capillaire plus distinct que les anciennes; les coupes faites indiquent cette différence.

A côté de ces altérations et de ces produits morbides examinés de concert avec mon honorable ami et confrère M. le docteur Boeckil, médecin de la famille de la défunte, nous en découvrîmes une autre qui n'a point encore été, que je sache, observée; c'étaient de nombreuses exostoses mamelonnées à la surface externe de la calotte du crâne.

Déjà, pendant la vie de la malade, nous avions été rendus attentifs

à des espèces de nodosités du cuir chevelu, et il était tout naturel de penser que ces élevures, indolentes du reste, ne pouvaient et ne devaient être autre chose que de petites tumeurs de même nature que les grandes masses implantées dans les téguments de la tête; mais il n'en fut pas ainsi, comme on le voit. La peau, cuir chevelu très sain, ne faisait que recouvrir ces excroissances osseuses, qui, lorsque le périoste était enlevé, apparaissaient lisses, très dures et très compactes. Leur aspect extérieur, dans l'os aujourd'hui desséché, a quelque chose de lardacé et ressemble à cette altération du tissu osseux connue sous le nom de *dégénérescence éburnée*. Ces petits mamelons sont élevés de 5 à 6 millimètres au-dessus de la surface du crâne, et ont leur siége principalement au frontal et aux deux pariétaux; les uns sont isolés, d'autres groupés; ils sont superficiels, ne pénètrent point dans la substance diploïque, et la surface interne de la voûte crânienne ne se trouve garnie d'aucune aspérité. Ayant demandé à l'un de mes collègues, qui ignorait l'origine de cette pièce, à quoi ressemblaient ces exostoses, il me répondit : A des tubeurs fibro-lardacées.

— L'examen microscopique des tumeurs n'a pas été fait dans le temps; c'est peut-être une lacune que l'exposition et l'analyse des faits de l'observation pourraient bien avoir comblée.

Réflexions. — Il me semble qu'au point de vue clinique l'observation que j'ai l'honneur d'adresser à la Société présente les conditions suivantes : développement de tumeur fibro-plastique dans un organisme entièrement dépourvu de principe d'hérédité; marche lente de l'affection, n'exerçant d'abord aucune influence délétère sur la constitution de la malade; système fibreux, musculaire et aponévrotique comme point de départ du produit parasite; ablation première, commandée par la gêne et la difformité qu'occasionnait le siége de la tumeur fibro-plastique; récidive sur place au bout de trois ans; nouvelle excision très profonde; nouvelle recrudescence, développement de masses fibreuses énormes, dont quelques-unes éloignées du foyer originaire; apparition d'une véritable diathèse fibro-plastique exerçant son influence jusque sur le tissu osseux crânien; altération profonde de l'économie; marasme; mort.

L'absence de prédisposition apparente et favorable à l'évolution du tissu fibro-plastique me paraît se fonder, dans le cas dont il s'agit, sur le défaut de rapport entre le phénomène pathologique observé chez cette jeune personne et l'état sanitaire de ses parents. Le père, arrivé à l'âge de soixante ans, de forme athlétique, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque longtemps après la naissance de ses enfants il eut des accès de goutte qui avaient laissé jusqu'à la fin de ses

jours des traces aux articulations phalangiennes des doigts et des orteils; il succomba à une cystite aiguë. La mère, femme d'une taille élancée, vivante encore, ne se rappelle point d'avoir jamais souffert d'une maladie distincte, si ce n'est de cardialgie périodique. Il est vrai que la jumelle de Caroline W... n'a point survécu longtemps à sa sœur. D'après toute apparence, elle succomba à une affection tuberculeuse des viscères du bas-ventre, après avoir porté pendant près de deux ans une éruption dartreuse à la région orbitaire droite, et vu se développer un engorgement chronique de l'articulation du coude gauche ayant entraîné une ankylose de cette jointure. Ces derniers renseignements sont posthumes, des circonstances indépendantes de ma volonté ne m'ayant pas permis d'observer ce fait par moi-même. Un médecin, frère de la malade, aurait pu me les donner, mais il est mort depuis longtemps d'une maladie aiguë. Deux autres sœurs, plus âgées que les défuntes, vivent encore aujourd'hui. L'une, quoique de complexion faible, a dépassé trente ans sans qu'aucune affection organique se soit manifestée chez elle; l'autre, mariée et mère de plusieurs enfants très bien portants, est le modèle d'une organisation heureuse et florissante.

L'origine, le siége et le mode de propagation des tumeurs fibro-plastiques observées chez Caroline W... me paraissent correspondre d'abord à l'analogie du tissu fibreux normal (musculaire et aponévrotique de la région lombaire, d'après cette loi de physiologie pathologique en vertu de laquelle des produits accidentels participent plus ou moins du caractère des tissus naturels, dans lesquels ils se développent aussi de préférence. Cette condition, il est vrai, n'a subsisté que jusqu'au moment où la diathèse, une fois établie, a permis à des tumeurs de surgir indépendantes dans d'autres régions du corps, et sans se trouver en continuité de texture avec la masse originaire et primitive. A cette dernière époque, la saturation de l'organisme était telle, que de nombreuses exostoses sont venues recouvrir la calotte crânienne, offrant en petit l'aspect et la conformation des masses fibro-plastiques sous-dermiques. La récidive s'est donc présentée sous deux formes, sur place d'abord, et ensuite dans des lieux éloignés, avec la particularité qu'aucun organe interne n'en a ressenti les influences, et que le système lymphatique, les ganglions du moins, n'ont offert aucune trace d'altération.

Je ne pense pas avoir encouru le reproche d'avoir laissé subsister dans la plaie, lors des excisions, des éléments morbides organisés susceptibles de se reproduire sous forme de végétations nouvelles; la profondeur à laquelle je suis allé exclut ce mode présumé de repullu-

lation et force naturellement d'admettre une cause morbifère inconnue se développant dans l'organisme sous l'influence d'agents également indéterminés.

Que dirai-je maintenant de la curabilité des tumeurs fibro-plastiques ? Elle doit, d'aprés les saines règles de la patbologie, découler de la nature ou de l'essence de la maladie ; mais en quoi consiste cette essence ? Comment peut-elle diriger le médecin ou le chirurgien dans le traitement de ces tumeurs ? Faut-il, lorsque l'on croit à leur parfaite innocuité, les laisser subsister quand elles n'occasionnent que de la gêne ou de la difformité ? Est-il besoin de les attaquer avec l'instrument tranchant alors que l'on est persuadé de leur récidive ? Convient-il de les assimiler à des végétations cancéreuses et de les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements ?

C'est ici que surgissent les difficultés et que l'art a demandé à la science la clef de ses déterminations. Or c'est dans la composition de ces tumeurs, dans la structure intime de leur tissu, dans l'histologie, en un mot, que l'on est allé chercher la solution de ces questions ardues. Prenant pour point de comparaison les productions cancéreuses avec leurs différentes formes et les effets de ces dernières sur l'économie animale, on a dû naturellement rechercher l'élément primordial de ces deux produits morbides, et arriver enfin à la *cellule* pour lui demander le secret d'organisation qui distingue ou qui rapproche le cancer de la tumeur fibro-plastique.

Je professe une estime profonde pour tout ce qui tient de près ou de loin au progrès, et je m'incline respectueusement devant les travaux des modernes concernant la détermination de l'élément primitif comme point de départ de toute substance organique ; mais, malgré les résultats admirables auxquels, anatomiquement parlant, on est arrivé de nos jours, la science est loin d'avoir dit son dernier mot, et les applications histologiques n'ont fait encore que soulever un coin du voile qui recouvre les opérations délicates de la nature. J'ai observé et pratiqué longtemps avant la découverte de la *cellule animale;* les tumeurs fibro-plastiques d'aujourd'hui étaient des *tumeurs fibreuses malignes ;* on ne les attaquait pas impunément, surtout lorsqu'elles avaient une certaine ancienneté ; le cancer, lui aussi, était tantôt fibreux, tantôt médullaire ; le siége qu'il occupait ajoutait parfois à sa gravité ou en atténuait le danger, comme cela arrive aujourd'hui pour le cancer épithélial ; les récidives s'observaient dans les deux maladies quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, et la diathèse cancéreuse est encore assimilable à la diathèse fibro-plastique, moins la teinte jaune et la sensibilité des tumeurs.

On a donc constaté dans tous les temps de la ressemblance et de la différence entre ces deux affections; leurs effets sur l'économie étaient toujours délétères, et la thérapeutique devait nécessairement échouer le plus souvent devant ces graves altérations.

L'anatomie moderne, dans ses élucubrations histologiques, a signalé pour le tissu *fibro-plastique* un élément principal, la *fibre;* celle-ci procède d'une cellule métamorphique, qui s'arrête dans sa transformation quand la fibre est développée; le tissu qui se forme de l'assemblage en masse de cet élément a des caractères distinctifs; il peut acquérir des dimensions extraordinaires, rester insensible et ne s'ulcérer jamais.

Quant au cancer, indépendamment de son principe fibreux, tel qu'il se montre surtout dans le squirrhe, c'est encore la cellule qui fait en partie les frais des tumeurs et des végétations; c'est à l'accumulation de cet élément que les masses cancéreuses doivent probablement leur peu de consistance. Mais ici cette cellule, qui n'a rien de spécifique, une fois développée, ne se métamorphose plus; elle peut s'altérer, et entre alors dans le détritus que fournit si souvent la dégénérescence cancéreuse.

Je fais abstraction des autres substances que l'on rencontre dans des proportions diverses dans les deux produits anormaux, telles que tissu cellulaire, vaisseaux, suc propre, pigment, sérosité, etc., etc., et je me demande encore s'il existe une différence déterminée, caractéristique entre l'élément primitif du tissu fibro-plastique et celui qui entre dans la composition du tissu fibreux accidentel des tumeurs fibreuses du sein, de la matrice, dans la transformation de la même espèce, des artères, dans le cal provisoire, etc.; enfin, si l'origine de la fibre du tissu connectif née de la métamorphose de sa cellule se distingue de l'évolution fibro-plastique commençant également par une cellule à noyau et à nucléole ?

Si cette différence existe, elle n'a pas été jusqu'à présent appréciable à nos sens; et cependant il faut presque l'admettre, car comment expliquer autrement la diathèse fibro-plastique enseignée par l'expérience et l'observation que par le mélange avec le sang des globules moléculaires fibro-plastiques ! Et le tissu oméo-plastique fibreux n'a-t-il pas pour caractère principal, au contraire, la localisation pure et simple, l'absence de tout effet délétère sur l'économie et le défaut d'absorption de ses éléments constitutifs que la masse de sang ne reçoit jamais ?

Tout ce qui tient à la dissémination des tumeurs fibro-plastiques, à leur siége, à l'extrême rareté de leur transformation, à l'absence de

leur ulcération, au défaut de retentissement dans les ganglions voisins, à leur apparence de bénignité primitive, à leur caractère hétéroplastique et à leur fréquente incurabilité, me semble devoir placer les tumeurs fibro-plastiques entre le cancer et les produits fibreux oméoplastiques.

Quant au cancer lui-même, surtout quant à la cellule qu'on y découvre en si grande quantité, cette dernière entre, il est vrai, comme élément constitutif dans la composition des tumeurs de cette nature, et sa présence doit influer plus ou moins sur les formes variées extérieures de la maladie. Cette cellule, improprement appelée *cancéreuse*, peut donc se rencontrer, et se rencontre en effet, là où il n'y a pas de cancer; c'est ainsi que le microscope a pu la signaler dans les tumeurs fibro-plastiques, sans que pour cela ces dernières fussent constituées cancers; les deux éléments, *fibre* et *cellule*, ne s'excluent donc pas.

Il résulte de là aussi que dans les tumeurs dites hétéroplastiques on a tant de peine à trouver dans tous les points de leur étendue à l'aide du microscope cette homogénéité désirée, et que les explorations partielles entreprises du vivant des individus ne peuvent, le plus souvent, que fournir des données incertaines quant à la structure intime et moléculaire de leur tissu.

Inutile de rappeler ici les autres propriétés du cancer; cette maladie a fait dans ces derniers temps le sujet de tant de travaux et de tant d'investigations, que l'on est étonné de n'être pas plus avancé quant à la thérapeutique; j'ai voulu seulement jeter un coup d'œil sur les points de contact qui existent entre cette dernière maladie et les tumeurs fibro-plastiques, mais je croirais abuser de la patience du lecteur si j'étendais davantage ces considérations.

— M. Ferdinand Martin lit un mémoire sur l'emploi d'un appareil à extension applicable aux fractures du col du fémur et aux luxations spontanées.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lenoir, Chassaignac, Monod, Robert, Nélaton.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Séance du 27 avril 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente un malade qui porte sur la face palmaire au niveau de l'articulation du poignet une tumeur bridée dans son mi-

lieu par le ligament annulaire, et faisant une saillie marquée au-dessus et au-dessous de ce ligament sur la partie inférieure de l'avant-bras et sur la partie supérieure de la paume de la main.

Une autre petite tumeur se retrouve à la base du cinquième doigt. Ces tumeurs sont résistantes, assez solides pour ne pas pouvoir permettre de déterminer s'il y a ou non de la fluctuation. M. Chassaignac, avant de prendre une décision sur le traitement, a voulu montrer ce malade à ses collègues.

M. Lenoir fait remarquer que cette tumeur est évidemment comprise dans la gaîne du tendon fléchisseur. Par la raison qu'elle se prolonge du côté du petit doigt et du pouce, on sait, en effet, dit-il, que la gaîne des tendons du poignet et de la paume de la main se continue sans interruption de la membrane séro-synoviale jusqu'à l'extrémité de ces deux doigts. Quant à la nature de la tumeur, il croit que celle-ci est formée d'une matière plastique plus ou moins solide; il a vu un cas semblable pour l'aspect et dans lequel la récidive du mal suivit l'extirpation de la tumeur.

Kyste canaliculé du cou.

M. Larrey, à l'occasion du procès verbal, complète les renseignements nécessaires au diagnostic du kyste du cou présenté par lui dans la dernière séance.

L'obturation de l'ouverture fistuleuse située au-dessus du sternum a été obtenue provisoirement à l'aide d'un emplâtre de diachylon, et elle a suffi pour déterminer la distension du kyste thyroïdien et du canal de communication présumé entre cette tumeur et la fistule.

L'introduction d'un stylet plus fin que celui dont on s'était servi d'abord a été facilitée par le renversement de la tête du malade en arrière, à tel point que ce stylet a pu pénétrer directement par l'orifice de la fistule jusqu'au fond du foyer, à une profondeur de 9 centimètres, en donnant au malade la sensation du contact de l'instrument à la base de la langue. La pression, exercée assez fortement à l'aide du doigt de haut en bas sur la tumeur et sur son prolongement, provoque l'expulsion par l'ouverture fistuleuse d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente et de matière synoviale visqueuse mélangée de quelques gouttelettes de pus. Une injection d'eau émolliente parvient aisément jusqu'au kyste, qui semble communiquer avec le larynx en occasionnant de la toux et une expectoration légère. D'autres injections composées de divers liquides sont pratiquées dans le but de reconnaître si le malade perçoit et distingue les saveurs; effectivement, il désigne très bien lui-même de l'eau sucrée, de l'eau vineuse, de l'eau vinai-

grée, etc., sans qu'aucun de ces mélanges lui paraisse pénétrer au delà de la poche; mais une semblable expérience répétée le lendemain après un nouveau cathétérisme détermine, comme la première fois, de la toux et l'expectoration d'une petite quantité de liquide coloré; c'était un peu de vin que l'on avait injecté à cet effet.

Il résulte donc évidemment de ces recherches qu'une communication directe existe entre le kyste préthyroïdien et la fistule sus-ternale, par l'intermédiaire d'un canal assez long, à parois extensibles, et tapissé sans doute d'une pseudo-membrane muqueuse, comme la plupart des trajets fistuleux.

Quant au traitement, ajoute M. Larrey, nous essaierons d'abord les injections iodées, avec la précaution que ce liquide ne pénètre pas dans le larynx; et si elles ne réussissent point, on pourra ponctionner le kyste; et au besoin employer ensuite soit le séton, soit quelque autre moyen convenable.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit une lettre d'invitation de la Société impériale et centrale d'agriculture pour assister à la distribution des prix qui aura lieu le dimanche 1er mai salle de la Sorbonne.

Correspondance manuscrite.

M. Mathieu adresse à la Société une lettre pour la prier de vouloir bien examiner un instrument destiné à aspirer dans l'exploration des tumeurs.

La lettre et l'instrument de M. Mathieu sont renvoyés à l'examen de M. Lenoir.

M. Mott, de New-York, adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre associé étranger que lui a conféré la Société de chirurgie.

— M. Larrey a reçu de M. le docteur Szokalski une lettre assez détaillée, dont il donne lecture à la Société, sur *l'abrasion de la cornée transparente de l'œil.* En voici quelques extraits : .

« Cette opération, proposée par M. Malgaigne, il y a une dizaine d'années, comme moyen curatif des opacités qui voilent la pupille, trouva à cette époque beaucoup de contradicteurs, et fut peu à peu abandonnée, malgré la défense éloquente de son savant inventeur. Ayant éprouvé plusieurs mécomptes dans mes premiers essais, j'étais ainsi disposé à me ranger parmi ses adversaires, lorsqu'une nouvelle série de faits est venue tout d'un coup me prouver qu'elle pouvait fournir, dans certaines circonstances, des avantages réels. »

M. Szokalski cite l'un de ses malades inutilement traité par tous les autres moyens et guéri par l'abrasion. Il avait présenté le malade en 1847 à l'Académie de médecine.

Ce succès l'ayant encouragé à de nouvelles tentatives qui ne furent pas toutes heureuses, il obtint cependant trois résultats très satisfaisants consignés par lui dans l'*Union médicale* du 30 novembre 1847.

Il annonce avoir opéré depuis lors, pendant cinq années consécutives, et sur 20 personnes, 32 opacités de la cornée. Il décrit le mode opératoire, ainsi que les précautions à prendre pour en faciliter l'exécution, et il indique le résultat des expériences faites sur le cadavre.

« Dans le nombre de 32 yeux opérés par ce procédé, dit M. Szokalski, je compte 15 succès complets et 8 demi-succès. Dans 5 cas l'abrasion est restée sans résultat, et dans 4 il a fallu y renoncer, à cause de la réaction excessive et des accidents graves. » Il entre ensuite dans quelques détails relatifs à ces différents groupes de faits.

Il apprécie les points de la cornée sur lesquels l'opération offre le plus de chances de succès; mais il signale aussi les chances d'accidents inflammatoires et de danger qui en résultent.

De là deux règles essentielles à suivre :

1° Exécuter l'abrasion en plusieurs séances, et chaque fois avec le plus grand ménagement;

2° S'éloigner des bords de la cornée, qui semble supporter mieux les lésions traumatiques à son centre qu'à sa périphérie.

Si enfin, pendant le cours du traitement, on croit pouvoir compter sur la résorption plutôt que sur l'enlèvement des lamelles opaques, on peut essayer à l'intérieur certaines médications résolutives.

« Il est certain, dit M. Szokalski en terminant sa lettre à M. Larrey, que les cicatrices provenant des anciennes ulcérations ne peuvent disparaître par l'abrasion; mais cette opération exerce au moins une action incontestable sur les épanchements interlamellaires. Ainsi, en présence de ces cicatrices mêmes, l'abrasion n'est pas à dédaigner, bien qu'en terme général elle fournisse des résultats beaucoup moins favorables. »

M. Marjolin rappelle qu'il y a déjà plusieurs années la question de l'abrasion de la cornée avait été soulevée devant la Société, et que depuis lors on ne s'en était plus occupé; n'y aurait-il pas lieu de saisir l'occasion qui se présente de revenir sur cet important sujet?

M. Chassaignac pense que la communication faite par M. Larrey ne saurait, quant à présent, apporter de lumière dans la question à résoudre. C'est une simple lettre, et non pas un mémoire. Pour que la science puisse tirer un bon parti des faits d'abrasion, il faut que les

malades soient présentés avant l'opération et représentés longtemps après.

M. Larrey partage la manière de voir de M. Chassaignac; aussi ne propose-t-il pas de renvoyer la lettre de M. Szokalski à une commission. Il faudrait simplement remercier l'auteur et l'engager à poursuivre ses recherches pour les réunir et en faire le sujet d'un mémoire complet.

— A propos de la correspondance, M. Giraldès et M. Marjolin demandent la parole.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Henri Fabius, une dissertation latine intitulée: *Dissertatio medica inauguralis de spirometro, ejusque usu, observationibus cum aliorum, tum propriis illustrata.* (Remercîments.)

— M. Marjolin est chargé par M. le professeur Sédillot de faire hommage à la Société du tome Ier du *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*. (Remercîments.)

Rapports.

M. Chassaignac donne lecture du rapport suivant :

« Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Guersant, Morel-Lavallée et moi, de vous rendre compte d'un opuscule de M. Isidore Henriette, médecin belge. Cet opuscule a pour objet les injections nasales, soit alimentaires, soit médicamenteuses, chez les enfants nouveau-nés.

» Le travail de M. Henriotte a été soumis à l'Académie royale de médecine de Belgique; il a, de plus, été produit dans la publicité par son auteur; mais du moment que vous aviez nommé une commission pour l'examen de ce travail, elle n'avait pas à s'enquérir de ce qui avait pu se passer antérieurement à son mandat. Elle a donc examiné le travail imprimé de M. Henriette avec le même soin et les mêmes égards qu'elle eût apportés à l'appréciation d'un travail manuscrit.

» Peut-être la Société jugera-t-elle que les travaux de ses commissions doivent être surtout réservés pour l'examen de travaux encore exempts de toute publicité; mais jusque-là notre devoir, comme rapporteur, nous paraît tout tracé, et nous ne faillirons point, du moins dans la mesure de nos forces, à tout ce que réclame un examen sérieux et motivé. A cet égard, il avait semblé à votre rapporteur que l'œuvre de la commission devait rester aux mains de M. Guersant, à cause de sa grande expérience en tout ce qui se rapporte à la pathologie des enfants, ou de M. Morel-Lavallée, qui occupe en ce moment un service à l'hôpital des Enfants-Trouvés; mais ces deux honorables

collègues nous ayant prié d'accepter cette tâche, nous venons aujourd'hui la remplir.

» Elle se recommandait d'ailleurs puissamment à notre attention par l'importance de son objet. Tout ce qui se rattache à l'alimentation des enfants nouveau-nés prend un intérêt d'autant plus grand aujourd'hui qu'on ne saurait malheureusement plus douter du grand nombre de victimes qu'ont dû faire l'ignorance ou la négligence apportées dans d'autres temps à l'étude de cette grave et intéressante question.

» Il est à peu près reconnu par tous les hommes compétents que les enfants nouveau-nés admis dans les établissements hospitaliers sont voués à une mort presque certaine s'ils ne sont pas très promptement remis aux soins d'une nourrice. C'est là même ce qui produisait une mortalité si effrayante dans le service des ophthalmies avant que la véritable nature de l'ophthalmie purulente et les moyens rapides de la guérir eussent été signalés. Ce n'est pas cette ophthalmie qui faisait périr les enfants, mais ils ne pouvaient être imposés aux nourrices, pour lesquelles ils étaient un objet de dégoût et d'inquiétude personnelle, tandis que, guéris en quelques jours, ils furent bientôt acceptés par elles sans répugnance. Et ne croyez pas, messieurs, que l'avantage de cette guérison prompte n'ait porté ses fruits que dans l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris; la plupart des grands hôpitaux de l'Europe ont adopté cette pratique. Et si c'était ici le lieu, nous vous parlerions des beaux résultats obtenus par M. Bednar, médecin en chef des Enfants-Trouvés, à Vienne, qui, sur 54 enfants atteints d'ophthalmie purulente des plus graves, a eu 51 guérisons.

» Mais revenons au travail de M. Henriette, et donnons avant tout une idée succincte mais précise de son procédé. Nous examinerons ensuite la valeur des résultats obtenus par lui.

» Le moyen d'injection est une seringue en verre; le liquide injecté, du lait de nourrice extrait par les moyens connus, et notamment la petite pompe à ventouse.

» L'enfant est couché horizontalement. Le médecin, placé à droite, fait pénétrer d'une ligne tout au plus l'extrémité de la canule dans la narine de l'enfant. De cette manière on évite l'éternument. On pousse alors très lentement le liquide, qui tombe goutte à goutte à travers les fosses nasales sur la paroi de l'œsophage et de là dans l'estomac. Aucun accident de toux ni d'éternument ne vient contrarier cette petite opération.

» Le lait retiré du sein de la nourrice est reçu dans un vase chauffé à une température douce. M. Henriette en injecte de 3 à 6 onces par jour.

» La seringue est constamment plongée dans l'eau froide, pour n'en être retirée qu'au moment de l'injection et passer alors dans un vase rempli d'eau chaude.

» Tel est le procédé opératoire. Il est très simple, comme vous voyez. Quels résultats a-t-il produits? C'est surtout là ce que votre commission avait le devoir d'examiner.

» Le travail de M. Henriette repose sur onze observations recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles. Notre attention a dû s'arrêter d'une manière toute spéciale sur l'analyse de ces observations.

» Onze enfants plus ou moins débiles ont été soumis aux injections nasales, dans le but de suppléer par ce mode d'alimentation aux difficultés que présentait l'allaitement, soit naturel, soit artificiel.

» Sur ces onze enfants, cinq sont morts, et par conséquent la moitié des faits invoqués par l'auteur doit être considérée sinon comme infirmant ses conclusions, du moins comme ne leur prêtant qu'un médiocre appui.

» Quant aux six observations qui restent, elles ne nous paraissent pas avoir toute la portée que M. le docteur Henriette leur accorde. En effet, trois de ces observations sont relatives à des enfants nés avant terme, débiles, chétifs, incapables, dit l'auteur, de prendre le sein ou le biberon, et qui, après trois jours d'injections nasales pour l'un, après deux jours seulement pour les deux autres, ont pris le sein avec une très grande facilité. Il nous paraît difficile d'admettre que deux jours de l'emplôi de ce moyen, trois au plus, suffisent pour transformer un enfant très débile à ce point qu'il recouvre dans ce court espace de temps et la faculté de teter, et la force vitale qu'il n'avait pas auparavant. Cela vous paraîtra, messieurs, d'autant plus extraordinaire, que M. le docteur Henriette n'administre à ces nouveau-nés que de 3 à 6 onces de lait. Nous disons extraordinaire; car les travaux publiés dans l'*Union médicale* par M. le docteur Hervieux ont parfaitement établi qu'un enfant nouveau-né peut prendre à sa nourrice **1,500 à 2,000** grammes de lait dans les vingt-quatre heures.

» Or, de deux choses l'une : ou les enfants dont parle M. le docteur Henriette étaient dans l'état de débilité extrême où il les suppose, et alors il est difficile de comprendre comment quelques onces de lait ont pu opérer la transformation merveilleuse dont il parle; ou ils étaient beaucoup plus vigoureux qu'il ne l'a pensé, et alors c'est à la nature qu'il faut faire honneur des résultats observés.

» Les trois dernières observations sont encore relatives à des enfants non moins frêles, non moins chétifs que les précédents, et qui auraient dû également leur salut aux injections nasales. Mais dans la première

de ces observations, on ne dit pas pendant combien de jours le procédé a été mis en pratique. Pour les deux autres, les injections ont été faites, chez l'un huit jours de suite, chez l'autre dix. Ces deux derniers faits sont donc plus concluants.

» Maintenant, deux ou trois observations suffisent-elles pour substituer comme méthode d'alimentation le moyen proposé à ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour? Pour votre commission, messieurs, elle ne saurait voir dans les injections nasales qu'un expédient ingénieux destiné à remplacer, d'une manière purement éventuelle et passagère, l'allaitement, soit naturel, soit artificiel, dans les cas rares où l'impossibilité de cet allaitement est parfaitement démontrée. Le procédé de M. Henriette n'est donc pas susceptible d'être généralisé, comme paraît le penser son auteur.

» Tous ceux qui ont eu l'occasion de voir beaucoup d'enfants faibles de naissance savent avec quelle avidité les plus chétifs d'entre eux saisissent par l'action buccale les objets qu'on leur présente; l'extrémité du doigt, par exemple, et quels efforts de succion provoque de leur part la présence de ce corps étrange. Il est donc naturel de penser que le mamelon d'une bonne nourrice, et même le biberon, finiront par être saisis, pourvu qu'on y mette un peu d'adresse. A quoi il faut ajouter que les efforts de succion, en mettant en jeu les muscles respirateurs, contribuent au développement de la poitrine, à l'activité de l'hématose et à l'entretien de la chaleur vitale.

» De ce que votre commission s'est vue obligée de mettre dans l'interprétation des faits observés par M. Henriette une certaine rigueur scientifique, s'ensuit-il qu'elle porte sur le travail de cet honorable médecin un jugement défavorable? Non, assurément. Elle ne saurait méconnaître qu'il n'y ait dans ce travail une pensée heureuse, qui, fécondée par un nombre suffisant d'observations, pourra acquérir une valeur qu'elle ne possède pas encore.

» Les injections nasales sont appelées à rendre d'incontestables services chez le nouveau-né dans le cas d'occlusion de la bouche, d'adhérences de la langue, de division du voile du palais, de bec-de-lièvre, de trismus, etc.

» M. Henriette préconise encore les injections nasales comme moyen d'administrer les préparations pharmaceutiques.

» Il en recommande l'emploi dans les empoisonnements et dans tous les cas, enfin, où l'on avait recours à la sonde œsophagienne.

» Votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

» 1° Les injections nasales constituent une ressource qu'on ne doit

pas négliger dans les cas d'alimentation difficile chez les nouveau-nés.

» 2° Elles donnent un moyen précieux pour l'introduction des substances médicamenteuses.

» 3° Le travail de M. Henriette mérite d'être honorablement accueilli dans la bibliothèque de la Société de chirurgie. Des remercîments seront adressés à l'auteur. »

M. LALLEMANT fait remarquer que c'est surtout dans les cas de bec-de-lièvre compliqué que le moyen préconisé par M. Henriette est appelé à rendre des services.

M. GUERSANT admet que les injections nasales pourraient aussi être d'une véritable utilité dans certains cas de spasmes de la glotte chez les jeunes enfants. Ces spasmes se réveillent surtout sous l'influence de l'ingestion des substances liquides, et ils peuvent acquérir une telle violence que, dans quelques cas, il y a menace d'asphyxie.

M. CHASSAIGNAC rappelle que M. Henriette se contente d'injecter les liquides à l'entrée des fosses nasales ; il ne peut donc empêcher les liquides, en arrivant dans le pharynx, de déterminer les spasmes de la glotte. Il faudrait, pour remplir le but signalé par M. Guersant, pousser l'injection profondément à l'aide d'une sonde.

M. GUERSANT serait cependant disposé à admettre que le liquide, arrivant sur la face postérieure du pharynx lorsque l'on pratique les injections, l'enfant étant couché sur le dos, pourrait bien glisser sur cette surface sans réveiller l'irritabilité de la glotte.

M. DEGUISE fils a remarqué, dans le résumé de M. Henriette, que cet auteur est disposé à proposer les injections nasales suivant son procédé dans tous les cas qui nécessitent l'emploi de la sonde œsophagienne.

Il ne saurait partager cette opinion quant aux aliénés, qui évidemment ne voudraient pas se prêter à subir les injections et qui ne manqueraient pas, si une partie du liquide injecté parvenait dans le pharynx, de la repousser immédiatement au dehors.

M. CHASSAIGNAC, en réponse à cette objection très fondée de M. Deguise, dit que le travail de M. Henriette a spécialement trait aux enfants nouveau-nés.

Cependant il ajoute que, d'après les expériences de l'auteur, il paraîtrait que, dès qu'un liquide injecté est arrivé dans le pharynx, il est presque constamment avalé malgré la résistance des malades.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. LENOIR prend ensuite la parole pour donner lecture du rapport suivant :

« Messieurs, le travail que vous a présenté M. Voillemier dans une

de nos précédentes séances a pour objet l'étude et l'application pratique d'un fait entièrement nouveau : ce sont *les injections alimentaires poussées directement dans l'intestin chez les malades affectés d'anus contre nature.*

» Depuis longtemps on sait que l'intestin joue un rôle important dans l'acte si complexe de la digestion des aliments. Des expériences et des observations de physiologie ont mis ce fait hors de toute espèce de doute ; mais depuis longtemps aussi on est resté imbu de cette idée, que cet intestin est surtout destiné à compléter la digestion en absorbant les matières élaborées par l'estomac. Aussi n'est-il, que nous sachions, venu à l'esprit de personne de confier à la partie sous-duodénale du tube intestinal des matières solides pour y être digérées directement.

» Les expériences que M. Voillemier a faites sur des chiens et deux observations qu'il a recueillies sur l'homme vivant, faits et observations qu'il a consignés dans le travail qu'il vous a lu, démontrent jusqu'à l'évidence que l'intestin peut digérer les aliments qui lui sont confiés, mais encore que cette propriété d'action peut être portée à un assez haut degré pour être d'une utilité vraiment pratique.

» Examinons les conséquences de thérapeutique chirurgicale que l'auteur a su tirer de ce fait important.

» Dans les cas d'anus contre nature incurable, et alors que l'estomac ne suffit plus pour entretenir la vie des malades, au lieu de voir périr ceux-ci d'inanition, comme Desault et Dupuytren en ont cité des exemples, « on pourra, dit M. Voillemier, au moyen d'injections alimen- » taires, prolonger l'existence de ces malheureux, et peut-être même » les soustraire à la mort. » Quoique notre confrère n'ait pas encore rencontré de ces cas, on peut présumer, d'après ses expériences et d'après ce que nous avons vu nous-même, que ses espérances ne seront pas trompées. Il n'est pas besoin d'insister longtemps sur l'importance de ce résultat, d'autant plus appréciable qu'ici la chirurgie avoue son impuissance.

» Mais M. Voillemier envisage la question d'une manière plus large, et faisant l'application des injections alimentaires à tous les cas d'anus contre nature, il nous montre comment le traitement de ces affections s'en trouve notablement modifié : dès que l'état des parties le permet, il commence à injecter du bouillon par l'un ou par les deux bouts de l'intestin divisé, afin de soustraire le malade à l'amaigrissement qui survient rapidement surtout dans les premiers temps ; et si la maladie se prolonge et qu'il juge à propos de différer l'opération, il remplace

le bouillon par des potages, des jus de viandes, en un mot, par une nourriture plus substantielle.

» Jusqu'ici on n'a obtenu qu'un premier résultat, celui de soutenir les forces du malade, d'entretenir sa vie et de permettre au chirurgien de choisir le moment qu'il jugera le plus favorable à l'application de l'entérotome; mais quand celui-ci se déterminera à pratiquer cette opération même, il trouvera encore aux injections alimentaires d'autres avantages qui viendront concourir d'une manière puissante à la guérison de son malade : alors, en effet, il n'aura plus affaire à un intestin rétréci, si rétréci même, qu'on l'a comparé à un intestin de chat et que quelques chirurgiens ont prétendu qu'il était oblitéré; loin de là, l'intestin aura conservé, à peu de chose près, son calibre normal, et, par suite, le patient n'aura plus à souffrir ces coliques quelquefois atroces, ces diarrhées épuisantes qui compliquent si souvent l'entérotomie dès que les matières alimentaires commencent à parcourir le bout inférieur de l'intestin. Aussi l'auteur du mémoire dont je vous présente cette courte analyse veut-il qu'à partir du moment où l'anus contre nature est établi, jusqu'à celui une opération vient à le fermer, les injections alimentaires soient employées dans le but de soutenir les forces du malade et dans celui d'assurer le succès de l'opération qui devra plus tard lui être pratiquée.

» Parmi les intéressantes considérations que M. Voillemier vous a présentées, il est un point très important du traitement de l'anus contre nature qu'il s'est contenté de signaler, et que nous aurions désiré lui voir traiter complétement. Les injections alimentaires, dit-il quelque part, permettront au chirurgien d'attendre la guérison spontanée de l'anus anormal et de n'opérer qu'alors que la nature aura fait tout ce qu'elle pouvait faire sans obtenir cette guérison; ce n'est pas, ajoute-t-il, que je ne préfère dans quelques cas une opération avec toutes ses chances à certaines guérisons spontanées incomplètes et pleines de dangers.

» Nous aurions voulu qu'il indiquât d'une manière précise combien de temps il pensait que le chirurgien doit attendre avant d'opérer; comment l'emploi continu des injections est compatible avec l'effacement de l'éperon, condition nécessaire de la guérison spontanée de l'anus anormal; à quels signes, enfin, on peut reconnaître que cette guérison est vicieuse et pleine de périls. C'était là certainement un beau sujet à développer et qui eût été un complément heureux du travail qui vous a été présenté.

» Tout en signalant cette lacune, que l'expérience et le temps permettront sans doute à M. Voillemier de combler dans tous ses détails,

nous terminerons en reconnaissant que, tel qu'il est aujourd'hui, le mémoire de notre confrère est l'œuvre d'un homme instruit et d'un esprit sagace éminemment pratique.

» M. Voillemier est connu de vous tous par des travaux qui lui ont déjà donné une position élevée parmi les plus habiles athlètes des concours de l'École et des hôpitaux ; les principaux sont :

» 1° Un mémoire sur la fièvre puerpérale ;

» 2° Un autre sur les fractures du radius et les luxations du poignet ;

» 3° Une thèse sur la claudication ;

» 4° Une thèse sur les kystes du col, etc.

» Il est, en outre, professeur agrégé en exercice de la Faculté et chirurgien d'hôpital.

» En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

» 1° Vu l'importance et la nouveauté du sujet dont il traite, de renvoyer le travail de M. Voillemier au comité de publication ;

» 2° De conférer à ce digne confrère le titre de membre titulaire de la Société de chirurgie. »

M. Lallemant a écouté avec intérêt le rapport de M. Lenoir, seulement il croit devoir faire quelques objections qui lui semblent diminuer la valeur des injections alimentaires préconisées par M. Voillemier.

En premier lieu, M. Lallemant signale la difficulté que l'on doit rencontrer à déterminer la situation du bout inférieur de l'intestin. Puis les matières injectées doivent nourrir médiocrement, car elles sont privées de bon nombre des éléments essentiels de la digestion, tels que la salive, la bile, le suc pancréatique.

M. Lenoir répond qu'il résulte des faits et des expériences rapportés par M. Voillemier que les injections alimentaires parviennent parfaitement au résultat voulu, c'est-à-dire à l'entretien de la nutrition des malades, quel que soit du reste le bout de l'intestin dans lequel l'injection ait été poussée.

Quant à l'absence des éléments si nécessaires à la digestion, il paraîtrait qu'elle n'aurait pas toute l'influence que l'on serait disposé à lui accorder, car les substances ainsi privées du mélange de bile, de salive, ne sont pas moins assimilées, et le résidu de ces matières a tout à fait l'aspect et la forme des fèces ordinaires.

M. Larrey croit devoir soumettre à l'appréciation de la Société, et sous toute réserve, une idée qui lui a été suggérée par les intéressantes *recherches* de M. Lucien Corvisart *ayant pour but d'administrer aux malades qui ne digèrent point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux* (1). Ce serait de soumettre à ce mode d'alimenta-

(1) *Extrait des comptes rendus de l'Académie des sciences*, tome XXXV.

tion, diversement modifié, les sujets atteints d'anus contre nature, chez lesquels l'injection du bouillon et d'autres liquides nutritifs ne pourrait s'effectuer d'une façon assez réparatrice. M. Voillemier trouverait peut-être là une ressource de plus pour les cas dont il a déjà fait connaître les curieux résultats.

Même application serait possible à la gastrostomie, proposée et pratiquée par M. Sédillot, qui en a publié deux observations remarquables.

M. Chassaignac rappelle que les recherches de M. Voillemier remontent déjà à une époque assez avancée, et que depuis lors de nombreux travaux ont été faits sur la digestion.

Ainsi, des recherches modernes semblent avoir démontré que certains éléments contenus dans les substances alimentaires ont besoin pour être assimilés d'être soumis à diverses actions qu'ils subissent dans leur parcours à travers le tube digestif; aussi M. Chassaignac, tout en reconnaissant l'importance du mémoire de M. Voillemier, pense qu'il y aurait beaucoup à changer quant au choix des matières alimentaires à injecter. C'est donc là un point de départ important pour des recherches nouvelles.

M. Lenoir, sans se préoccuper des travaux modernes sur la digestion, est frappé du bon résultat obtenu par l'injection des substances choisies par M. Voillemier; et comme le bouillon, par exemple, a toujours paru réussir, il en recommande l'emploi. Quant au suc gastrique, il ne voit pas quelle pourrait être sa valeur comme moyen d'augmenter les facultés nutritives.

Les conclusions du rapport de M. Lenoir sont adoptées. Dans la première séance il sera voté sur la nomination de M. Voillemier comme membre titulaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier présente une pièce anatomo-pathologique relative à une grossesse extra-utérine. La dissection ayant dû être différée pour permettre de juger exactement de la position du kyste, M. Huguier, dans une prochaine séance, communiquera le résultat des recherches anatomiques auxquelles il doit se livrer. L'observation de ce fait intéressant sera insérée dans un prochain procès-verbal.

Rupture complète du canal de l'urètre. — Rupture partielle du corps caverneux. — Mort.

M. Huguier communique l'observation suivante, en y joignant la présentation des pièces pathologiques.

Grenet (Jean), âgé de trente-sept ans, palefrenier, marié, doué d'une constitution vigoureuse, fut apporté à Beaujon, 1er pavillon, nº 185, le 26 mars 1853.

Cet homme était atteint depuis quelque temps d'une affection de l'oreille, pour laquelle un médecin, parent de la femme du malade, ordonna l'application d'un vésicatoire à la région mastoïdienne. Quelques jours après, cet homme étant couché avec sa femme, et ayant des érections continuelles depuis le vésicatoire, eut malgré lui, et contre l'avis de son médecin, un rapport sexuel avec celle-ci; seulement, elle se plaça sur lui, et par un faux mouvement pressant de tout le poids de son corps sur la verge, alors en violente érection, elle la ploya brusquement vers le périnée et la cuisse.

Une douleur vive et violente survint au moment de l'accident, et la verge prit bientôt une couleur rouge-violacé. Le malade s'aperçut plus tard qu'il ne pouvait plus uriner. Le médecin dont il a été question plus haut tenta le cathétérisme, mais ce fut en vain; il ne voulut d'ailleurs pas insister. Un écoulement considérable de sang eut lieu par l'urètre, suivi bientôt d'un peu d'urine ayant la couleur normale, et ce fut le lendemain du jour de l'accident que le malade fut apporté à l'hôpital. On constata alors l'état suivant :

Le 26 mars, le matin, la verge est le siége d'un épanchement considérable; elle est noire, déformée et d'une mollesse extrême. Le prépuce est édœmatié, surtout à son extrémité inférieure; il recouvre le gland complétement; cependant il est assez facile de mettre à découvert celui-ci, et on trouve alors que sa couleur est normale. Le scrotum a déjà une teinte légèrement violacée, et est un peu œdématié. Le périnée est le siége d'une ecchymose légère, et cette région ainsi que la région hypogastrique sont très douloureuses au toucher.

M. Huguier introduisit immédiatement une sonde d'argent pour reconnaître la lésion, mais l'instrument fut arrêté au niveau de la portion périnéale de la verge, et une certaine quantité de sang s'écoula. M. Huguier ne voulut pas aller plus loin; il diagnostiqua une déchirure de l'urètre, fit appliquer des compresses d'eau blanche sur toutes les parties lésées, et recommanda au malade de boire peu.

Le soir, le scrotum est considérablement ecchymosé; il est épais, lourd, douloureux et d'un rouge violacé. L'ecchymose du périnée est moins considérable. Le malade a rendu spontanément un verre d'urine teinte de sang. La soif est vive, la bouche est sèche et la peau chaude; le pouls est fort et bat 120 fois par minute. Il existe une vive douleur à l'hypogastre et aux régions iliaques; le pénis est dans le même état.

Le 27 (matin). Le malade n'a pas dormi et a été très agité; sa face

33.

est pâle, la fièvre intense; la langue est légèrement brunâtre; il y a de l'anorexie, mais pas de nausées. La verge, dont le gonflement et la couleur sont les mêmes, présente à sa partie latérale droite une phlyctène qui soulève l'épiderme, et qui, déchirée, laisse voir la surface papillaire du derme ulcérée et parsemée de points gangrenés. A l'hypogastre et aux régions iliaques et inguinales des deux côtés se voient des plaques d'un rouge sombre, surtout à leur centre, et dont la circonférence présente une teinte jaunâtre; la peau qui est le siége de ces plaques est œdématiée, douloureuse, mais ne présente pas encore d'emphysème.

Le soir, aggravation de tous les symptômes précédents. Langue sèche et fuligineuse. L'épiderme d'une grande partie du rachis se détache, et le derme, mis à nu, présente une teinte blafarde. Les plaques rouges déjà mentionnées s'étendent le long du ventre et des flancs; la peau, à leur niveau, est très œdématiée et douloureuse. Le malade peut à peine uriner.

Traitement. — Saignée du bras de quatre palettes; julep diacodé et diète.

Le 28, le matin, il y a moins de fièvre; le malade a un peu sommeillé, mais la face est pâle et abattue, la langue brunâtre et fendillée, et la soif intense. Le gonflement de la verge est tel, que le gland ne peut plus être découvert; sa surface ressemble à du papier gris mouillé. La peau du scrotum et du périnée est infiltrée et gangrenée; cependant le malade peut encore rendre un peu d'urine foncée en couleur, mais ne contenant pas de sang.

Le soir, les plaques rouges atteignent la région iléo-costale des deux côtés, et ont envahi en bas le quart supérieur de la face antérieure des cuisses. Il n'y a pas encore de liquide collectionné; néanmoins on pratiqua quatre incisions très grandes et atteignant le tissu cellulaire sous-cutané, qui donnèrent issue à de la sérosité jaunâtre, et présentèrent çà et là des portions de tissu cellulaire sphacélé. — Même traitement, et lavements purgatifs.

Le 29, le matin, Grenet a moins de fièvre et paraît moins prostré; les incisions sont sèches, et leur surface laisse voir le tissu cellulaire sphacélé. Le malade a eu deux selles, qui l'ont soulagé. La langue s'humecte et se nettoie. — Même traitement. Seulement, si l'empâtement du scrotum augmente, l'on fera quelques incisions à sa partie la plus déclive.

Le soir, le scrotum est énorme et d'un noir sale; l'épiderme s'en détache par lambeaux humides. On pratique les incisions qui avaient été

prescrites; elles sont peu douloureuses, et les surfaces incisées sont épaissies et d'un rouge foncé.

Le 30, il existe une suffusion jaunâtre à la peau; le pouls est fréquent, mais large, mou et un peu irrégulier. Les plaques rouges occupent maintenant les parties inférieures et latérales du thorax. Le malade a été agité dans la nuit, il a eu du délire; il urine seul et en assez grande quantité, environ 200 grammes deux ou trois fois par jour.

Le 2 avril : depuis deux jours le malade paraît dans un état plus satisfaisant, mais la chute des eschares laisse voir de grands désordres. D'un autre côté, la rougeur œdémateuse a presque atteint les aisselles; cependant le malade urine encore bien, et l'urine est belle; il n'est plus agité la nuit; la fièvre est tombée; la langue, quoique sèche, n'est plus fuligineuse, et il n'y a pas de diarrhée.

Le 3, Grenet va moins bien. La respiration commence un peu à s'embarrasser; la fièvre se rallume; une plaque érysipélateuse occupe le nez; il y a un peu de dyspnée. L'auscultation démontre que le poumon droit en arrière est congestionné. Il y a rejet de crachats muqueux et épais; une odeur de gangrène commence à entourer le malade; les muscles du bras sont le siége de petites crampes. Depuis quelques heures le malade se plaint de ne pouvoir plus uriner; la vessie s'élève au-dessus du pubis. L'érysipèle gagne les deux joues; il existe du délire de temps en temps; la langue est sèche et fendillée.

Le 4 avril, le malade n'urinant pas, M. Huguier essaie d'introduire une sonde d'argent dans le canal de l'urètre, il ne peut y parvenir; mais arrivé à la distance de deux pouces environ du méat, le bec de la sonde tombe dans une sorte de poche et de l'urine s'écoule, mais on ne peut la faire aller plus loin. Alors M. Huguier se décide à ponctionner la vessie au-dessus du pubis; l'opération fut pratiquée par la méthode ordinaire avec un trocart courbe. Environ deux litres d'urine fort belle s'écoulèrent et la sonde fut laissée à demeure et fixée à l'abdomen.

Le 5 avril, nuit sans sommeil, mais non agitée; l'érysipèle a presque entièrement disparu; le pouls devient fréquent et petit; l'emphysème du tissu cellulaire se montre sur plusieurs points. Deux nouvelles incisions pratiquées aux régions iliaques donnent issue à du pus grisâtre d'une odeur ammoniacale, entremêlée de gaz, et à des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

Le 6 avril, aggravation de tous les symptômes; diarrhée.

Le 7 avril, râle trachéal; petits mouvements convulsifs à la face et à la langue. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie. — Elle fut faite quarante heures après la mort.

Roideur cadavérique considérable. En disséquant le périnée, voici ce que l'on constate : Les parois du scrotum sont frappées de gangrène humide et sont abreuvées de pus et d'urine ; le pus est d'aspect variable, çà et là il est blanc et crémeux, ailleurs, c'est un liquide noirâtre d'une odeur ammoniacale infecte ; l'épanchement existe surtout dans la cloison des dartos. En disséquant le canal de l'urètre on trouva au niveau du bulbe une rupture considérable, alors on fendit le canal depuis le méat dans le sens de sa longueur, et après deux pouces environ de trajet, la pointe des ciseaux tomba dans une sorte de cavité anfractueuse, remplie de sang noirâtre mêlé à de l'urine ; le bulbe de l'urètre a complétement disparu et il n'en existe plus de trace. La rupture du canal est complète ; une distance de deux centimètres au moins sépare les deux bouts. L'espèce de poche intermédiaire aux deux bouts du canal rompu, ayant été débarrassée du sang qu'elle contenait par un filet d'eau, présente à sa paroi supérieure deux dépressions qui semblent bien évidemment formées par une perte de substance des corps caverneux, et entre lesquels on voit encore une portion de la cloison ; c'est dans cette poche que s'était arrêtée la sonde et c'est d'elle que s'était écoulée l'urine, car il était évident de toutes façons que l'on n'était pas arrivé dans la vessie.

La prostate et les vésicules séminales sont à l'état normal ; les parois abdominales jusqu'à la base de la poitrine et de chaque côté sont le siége d'abcès urineux considérables. Le tissu cellulaire sous-cutané s'enlève par lambeaux grisâtres baignant dans un pus séreux et fétide. La partie inférieure des muscles obliques, des muscles droits et des pyramidaux, ceux qui s'attachent à la partie supérieure et interne des pubis, et ceux du périnée sont noirâtres. La vessie est saine, seulement le pourtour du point ponctionné est noirâtre et un peu infiltré d'urine.

Le poumon droit est engoué à sa partie postérieure.

M. Deguise père a eu l'occasion de donner des soins à un homme qui, pendant le coït, eut également une rupture du corps caverneux. Il n'y eut que peu d'hémorrhagie ; mais, depuis lors, au niveau de la déchirure, la verge est comme brisée, elle est pour ainsi dire en fléau. L'érection se fait parfaitement, mais en deux temps, portant d'abord sur la partie postérieure de l'organe, et ensuite sur l'extrémité.

M. Richet a vu aussi un homme offrant une lésion semblable, il a parfaitement guéri ; mais, pendant l'érection, le pénis reste rétracté et courbé sur la face urétrale comme dans la chaude-pisse cordée.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 4 mai 1853.

Présidence de M. Guersant.

Correspondance imprimée.

M. Deguise fils dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Marchant (d'Alfort) ayant pour titre : *Nouvelles études sur le traitement de l'asphyxie et de la faiblesse congéniale des nouveau-nés*. L'auteur réclame pour lui la priorité de la méthode indiquée par le docteur Henriette. M. Chassaignac est chargé d'examiner ce travail.

— A propos du procès-verbal, M. Huguier demande la parole et donne lecture de l'observation de grossesse extra-utérine abdominale dont il avait seulement fait mention dans la dernière séance.

L'observation avec les planches qui l'accompagnent sont renvoyées au comité de publication.

Nomination.

La Société procède à l'élection de M. Voillemier, qui est nommé membre titulaire.

Correspondance manuscrite.

M. Larrey donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. Raoult Deslongchamps, médecin aide-major au 9e régiment de dragons. Ce chirurgien complète l'observation du malade qu'il a traité d'un anévrisme poplité par l'injection du perchlorure de fer dans le sac anévrismal.

Nous transcrivons cette communication.

Anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'emploi du perchlorure de fer. — Complication d'une tumeur érectile cutanée survenue deux mois après la guérison.

A la suite d'une communication faite à la Société de chirurgie, dans la séance du 30 mars, par l'intermédiaire de mon savant maître M. Larrey, au sujet d'un anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'emploi du perchlorure de fer, je reçus de M. Marjolin une lettre très flatteuse pour moi dans laquelle il me priait de suivre mon opéré pour m'assurer si la guérison serait persistante et d'en donner des nouvelles à la Société. Je m'empresse d'obéir à cette recommandation, d'autant plus que Coutable (le sujet de l'observation accueillie avec tant de bienveillance par la Société) présente aujourd'hui un cas que je ne sa-

che pas avoir été jamais signalé et que je crois assez intéressant. Mon observation aura donc une seconde partie, et quoique celle-ci atténue le succès complet que j'avais obtenu, elle sera exposée avec la même sincérité que la première.

Avant d'aller plus loin, je crois utile de dire quelques mots au sujet des objections qui ont été soulevées pendant la discussion du fait que je soumettais à la Société de chirurgie.

A la première, relative au mode opératoire que j'avais suivi, faite par M. Lallemand, je ne répondrai que ceci : c'est que je n'avais pas à ma disposition les instruments certainement bien supérieurs de M. Pravaz, et que je ne crois pas, malgré l'autorité de ce grand chirurgien, qu'une petite ponction pratiquée avec un bistouri étroit fût dangereuse avec les précautions que j'avais prises, et surtout dans cette région où il m'était si facile avec une compression légère de me rendre maître de l'hémorrhagie qui eût pu survenir.

La seconde objection, plus capitale, faite par M. Robert, avait trait à l'exactitude du diagnostic. Selon cet honorable chirurgien, j'aurais eu affaire à une tumeur érectile ou à un anévrisme cirsoïde. Je ne crois pas qu'en lisant attentivement mon observation on puisse douter que j'aie opéré sur un anévrisme sacciforme. Je ne reproduirai pas les réponses favorables et si concluantes de MM. Larrey, Jarjavay, Demarquay et Forget; je me contenterai de répéter que, lorsque j'introduisis le stylet dans la tumeur, je pus le faire manœuvrer librement dans l'intérieur du sac, et que je pus ainsi obtenir la sensation d'une cavité correspondant assez bien à la grosseur extérieure.

Un second argument en ma faveur, et qui me semble sans réplique, c'est la guérison même que j'avais obtenue; car je ne conçois pas comment quelques gouttes de perchlorure de fer, injectées sans force, auraient pu se répandre dans les nombreuses cavités que doit présenter une tumeur érectile de ce volume, pour y coaguler le sang, chose nécessaire à la guérison. Je ne crois même pas que ce moyen puisse être applicable à la cure des anévrismes cirsoïdes; et si on l'essaie, je pense qu'on sera obligé, pour espérer quelque succès, de multiplier les injections dans divers points de la tumeur.

Du reste, Coutable offre aujourd'hui dans la région qui était primitivement le siége de l'anévrisme une vascularité très marquée de la peau, que l'on peut considérer comme de nature érectile, et l'on verra combien les symptômes qu'offre l'affection actuelle diffèrent de ceux que présentait la première tumeur. Ces courtes réflexions faites, je reviens à mon sujet.

Dans la première partie de mon observation, je m'étais arrêté au

13 mars. Alors, à l'endroit de l'anévrisme, on apercevait la peau à peine un peu plus rouge et plus élevée que du côté opposé. On sentait encore un peu d'épaississement et d'induration du tégument.

Vers la fin de mars, je trouvai les choses à peu près dans le même état. La rougeur persistait contre mon attente; la peau, encore épaisse, était moins indurée, plus élastique. Depuis trois semaines, Coutable se livrait à un travail fatigant. Il était continuellement occupé à forger de grosses pièces, et, malgré cette condition défavorable, la guérison ne se démentait pas.

Je ne le revis que le 15 avril. Il me raconta qu'à la suite d'un refroidissement il avait été pris, vers le 7, d'un gros rhume qui se traduisit par un peu de fièvre et par des quintes de toux violentes et prolongées. Sous leur influence, probablement aidée par l'excitation du feu de la forge, la figure se congestionnait, et au bout de deux ou trois jours il sentit que la place occupée autrefois par la tumeur anévrismale se gonflait et devenait plus rouge pendant les efforts de toux; il y éprouvait même de légers battements.

Le 10, la rougeur, la turgescence et les pulsations persistaient même dans l'intervalle des quintes. L'espoir de voir ces symptômes disparaître d'eux-mêmes, et surtout, comme il me l'avoua, la crainte d'une seconde opération, l'avaient empèché de venir me trouver.

Le 12, la toux était calmée, et il remarqua qu'en travaillant à la forge, comme du reste il n'avait cessé de le faire pendant son indisposition, la rougeur et le gonflement, très marqués le matin, diminuaient notablement au bout de quelques heures de travail.

Le 13, ainsi que le 14, il fit la même observation, quoiqu'il se manifestât déjà une amélioration bien sensible. Aussi ne songeait-il nullement à venir me trouver, et j'ignorais entièrement ce qui lui était arrivé, lorsque je le fis venir chez moi dans le but d'obéir à la recommandation de M. Marjolin.

Voici donc ce que j'ai constaté le 15 avril :

Dans la région siége de l'affection primitive, mais cependant un peu plus en dehors, on voit une nouvelle tumeur très aplatie, mal circonscrite, se confondant insensiblement avec les parties environnantes, et plutôt remarquable par la rougeur qu'elle présente que par sa saillie. Cette rougeur n'est pas uniforme; plus marquée vers le centre, elle offre en bas des espèces de stries verticales. L'œil n'aperçoit aucune impulsion. L'oreille n'entend aucun bruit anormal. Par le toucher, on perçoit des battements assez faibles, mais avec cette particularité qu'ils ne se font sentir que dans la moitié inférieure de la tumeur. Ainsi, au-dessous, on perçoit très distinctement les pulsations de l'ar-

tère sus-orbitaire; on peut les suivre en faisant remonter le doigt explorateur jusqu'à près de 2 centimètres de l'arcade orbitaire, puis elles s'affaiblissent en s'étendant surtout en dehors et en paraissant suivre les stries rouges que nous avons notées, pour disparaître complétement dans la moitié supérieure. Au-dessus de la tumeur, c'est-à-dire à vers 3 centimètres et demi au-dessus de l'arcade, les battements reparaissent dans la continuation de l'artère sus-orbitaire. Leur faiblesse et le peu d'espace dans lequel on peut les constater empêchent d'apprécier les modifications qu'ils pourraient présenter sous l'influence de la pression au-dessous de la tumeur; ils ne sont pas augmentés d'une manière appréciable en comprimant au-dessus. La pression directe sur la tumeur l'affaisse très peu, en faisant refluer le sang tout autour, comme dans l'érysipèle; puis la rougeur revient avec rapidité, même en comprimant à la fois au-dessus et au-dessous. En faisant un pli à la peau, on sent facilement que la tuméfaction existe dans son épaisseur et non dans les parties sous-jacentes. Toutes ces manœuvres ne déterminent aucune douleur. Curieux de vérifier l'assertion de Coutable relativement aux différencss de grosseur et de coloration qu'offrait la tumeur aux divers moments de la journée, modifications que je ne pouvais d'abord m'expliquer, je le visitai le lendemain matin à six heures, et je vis alors qu'effectivement le gonflement était plus étendu, surtout en haut, et que la rougeur se prolongeait en s'affaiblissant jusqu'à près de 4 centimètres du rebord orbitaire. A neuf heures, tout était revenu à l'état que j'ai décrit.

Qu'était-il donc survenu à Coutable? L'anévrisme, après deux mois de guérison, s'était-il reproduit? Le perchlorure de fer, comme tant d'autres découvertes qui ont donné de si belles espérances pour retomber rapidement dans un oubli mérité, ne saurait-il produire des cures radicales et persistantes? Non certes, il n'en est pas ainsi. Il suffit de se rappeler les signes si précis, si caractéristiques qu'offrait la première tumeur et de les comparer à ceux qu'offre la grosseur actuelle pour être persuadé qu'on n'a pas affaire à la même affection. Les symptômes que l'on constate aujourd'hui sont, pour ainsi dire, négatifs par rapport aux premiers. La coloration n'est plus la même. Il n'y a plus une tumeur bien circonscrite; le siége même a un peu varié. Ces différences étaient même appréciées par le malade, qui me dit: « Je sens bien que ce n'est plus la même chose qu'auparavant. » Je n'insisterai donc pas sur un diagnostic différentiel que je crois suffisamment établi. D'abord il y avait anévrisme sacciforme, anévrisme avec cavité bien circonscrite permettant d'y faire manœuvrer librement un stylet; cet anévrisme a été radicalement guéri: on peut encore constater aux en-

virons de la ponction que j'ai pratiquée un peu d'induration, seul vestige du sac. Aujourd'hui il existe seulement une vascularité très marquée de la peau, que l'on peut rattacher à ce que A. Bérard a appelé tumeur érectile cutanée.

Comment a pu se produire cette nouvelle affection? Je crois qu'on peut ainsi s'en rendre compte : on doit se rappeler la rougeur que présentait la peau qui recouvrait l'anévrisme; cette rougeur devait être rattachée à une cause qui agit dans tous les anévrismes, c'est-à-dire à la gêne de la circulation, qui fait développer les collatérales, lesquelles, dans ce cas particulier, étaient surtout les capillaires superficiels. Après l'oblitération du sac anévrismal, cette rougeur, tout en diminuant d'une manière notable, avait persisté. La circulation continuait donc à se faire, un peu exagérée, à travers les capillaires de la peau, et ce qui confirmait encore cette opinion, c'est qu'à l'inverse de ce que l'on observe ordinairement dans les cas d'oblitération des vaisseaux sanguins par la ligature, il ne s'était pas formé de caillot entre le point oblitéré, c'est-à-dire la partie inférieure du sac, et la collatérale la plus voisine, puisque les pulsations ont toujours pu être senties aussi intenses entre le rebord orbitaire et la base de l'anévrisme, et que même les battements n'avaient pas complétement disparu dans la continuation de l'artère au-dessus de la tumeur. N'est-il pas évident que la formation du caillot oblitérateur a été empêchée dans l'artère sus-orbitaire par le diverticulum que trouvait le sang dans les capillaires de la peau? Maintenant viennent des conditions comme celles qu'a présentées notre malade, c'est-à-dire un travail forcé devant un feu ardent et des quintes de toux violentes et prolongées. Qui ne voit que le raptus sanguin agissant sous l'influence de ces causes, contre les parois des conduits trop déliés où il circule, tendra à les distendre et à leur faire prendre un développement qui se traduira à l'extérieur par une rougeur diffuse et par une turgescence assez marquée de toute l'épaisseur du tégument? Ces causes continuant à agir, le sang finira par se frayer des voies assez libres pour lui permettre de rejoindre, par des espèces de chemins détournés, les vaisseaux où il circule naturellement. Cela nous permet même d'expliquer cette singularité qu'offrait notre malade. Ainsi, la tumeur, plus étendue, plus rouge après le repos de la nuit, diminuait après deux ou trois heures de travail; après, comme le disait Coutable, qu'il s'était échauffé. Pendant le sommeil, la circulation ralentie n'ayant plus assez d'énergie pour chasser le sang à travers les conduits accidentels qu'il s'était formés, il en résultait une accumulation de ce liquide, une espèce d'engouement sanguin de la partie. Après quelques heures de travail, le cours du

sang, plus actif, lui permettait de franchir les mêmes voies, parce que son impulsion était plus grande. Cette explication toute simple, toute mécanique, me paraît assez plausible.

En résumé, Coutable offre aujourd'hui, à peu près à l'endroit occupé autrefois par l'anévrisme, une tumeur bien différente, et que l'on peut, je crois, qualifier de tumeur érectile cutanée. Quelle est la cause de cette nouvelle affection? Evidemment, le genre de travail auquel s'est livré le malade; les quintes de toux énergiques ne sont que des causes occasionnelles, et partant secondaires. La cause première, la cause réelle est la guérison de l'anévrisme, et c'est même cette cause, que je ne sache pas avoir été jamais signalée comme pouvant produire une tumeur érectile, sur laquelle j'insiste, parce qu'elle me paraît remarquable. Maintenant, doit-on la rapporter au mode de traitement employé? Je ne le pense pas. Pareille chose serait probablement arrivée en employant tout autre procédé, sauf peut-être la ligature, où l'incision horizontale nécessaire pour découvrir l'artère aurait, par suite de leur section, amené l'oblitération des capillaires; et, comme on le voit, dans ce cas la ligature n'aurait agi que d'une manière très médiate. Cette complication ne me paraît donc nullement un argument contre l'emploi du perchlorure de fer pour la guérison des anévrismes; elle prouve, au contraire, la solidité de la guérison, puisque le sang, poussé avec violence dans la partie, s'est frayé des voies nouvelles, plutôt que de traverser le sac anévrismal oblitéré.

Maintenant, dans ce nouvel état de choses, quel remède apporter? Après avoir longtemps réfléchi, je me déterminai à ne rien faire, et à laisser la nature régulariser avec le temps les nouvelles voies que la circulation s'est créées. Je ne pense pas que l'affection augmente ultérieurement, et Coutable en sera probablement quitte pour un peu de rougeur et de gonflement dans cette partie.

Le 29 avril, nouvelle visite. Aucune modification bien marquée, ni en bien, ni en mal, de l'état précédent; peut-être un peu de diminution de la rougeur. Le matin, il n'y a plus d'augmentation de la turgescence.

M. Marjolin donne ensuite lecture d'une lettre que lui a adressée M. Pravaz sur l'historique des diverses expériences qu'il a tentées pour arriver à obtenir la coagulation du sang dans les vaisseaux.

A monsieur le docteur Marjolin, *secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.*

Monsieur et cher collègue,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseigne-

ments pour compléter les communications que M. Lallemand a bien voulu faire en mon nom à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

Lors même que je ne devrais pas ma faible coopération aux importants travaux d'une compagnie savante qui a bien voulu m'admettre au nombre de ses membres correspondants, je suis trop flatté de l'appel qui est fait à mon intervention directe dans la grave question qui s'agite, pour ne pas m'empresser de satisfaire au désir que vous m'exprimez comme secrétaire de la Société de chirurgie, de savoir :

1° Par quelle série d'idées j'ai été amené à employer l'électricité comme agent coagulant ;

2° Pourquoi, après avoir usé des moyens physiques, j'ai préféré l'emploi des moyens chimiques.

J'entre donc en matière.

Entraîné par mes études antérieures vers l'application des sciences physiques à l'art de guérir, j'entrepris, en 1828, des recherches sur les moyens de prévenir l'absorption des virus.

Entre ces moyens, la cautérisation des plaies envenimées par le galvanisme est un de ceux qui me réussirent le mieux. Je l'essayai d'abord contre les morsures de la vipère ; plus tard, en commun avec M. Breschet, contre l'inoculation du venin si redoutable des serpents de l'Inde; et enfin je l'appliquai à neutraliser le virus rabique chez les animaux, même deux jours après son insertion.

Dans le cours de ces dernières expériences, dont la plupart eurent lieu à Alfort, avec le concours de MM. Girard, Delafond et Rigot, et qui ont été publiées dans les *Annales d'hygiène*, j'eus l'occasion de remarquer, après Brandt et Scudamore, avec quelle rapidité le rapprochement des deux *électrodes* déterminait la coagulation du sang. Le galvanisme me parut dès lors un agent hémostatique qui pourrait avoir son utilité dans certaines circonstances ; mais je n'entrevis formellement l'opportunité de son application dans le traitement des anévrismes que lorsque M. Velpeau eut fait connaître les expériences par lesquelles il a constaté qu'une aiguille introduite à demeure dans le calibre d'un vaisseau y détermine en quelques heures la formation d'un caillot. Je crus reconnaître dans ce fait le résultat d'une action galvanique faible, et il me parut très probable que la coagulation du sang serait obtenue plus facilement et plus promptement par le moyen de deux aiguilles déliées introduites dans l'artère et mises en communication avec les deux pôles d'une pile voltaïque.

Pour vérifier cette vue spéculative, j'instituai à Alfort, avec le con-

cours de M. Delafond, aujourd'hui professeur de cette école, une suite d'expériences qui me confirmèrent dans la conviction qu'appliquée à la cure des anévrismes, la galvano-puncture offrait de nombreuses chances de succès.

S'il est assez facile d'expérimenter sur les animaux, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de constater chez l'homme vivant l'innocuité et l'utilité de méthodes thérapeutiques nouvelles qui s'éloignent notablement de la pratique ordinaire. Il faut être chargé pour cela d'un service d'hôpital, ou avoir une clientèle chirurgicale assez nombreuse. Je n'étais dans aucune de ces positions; et, ne pouvant soumettre personnellement à une épreuve véritablement décisive l'idée que j'avais conçue, je fus réduit à la communiquer, en 1831, à quelques jeunes chirurgiens, en leur exposant toutes les raisons qui, dans mon esprit, la rendait parfaitement réalisable.

Cet appel au concours des praticiens qui étaient en position de faire passer dans l'art une méthode curative qui n'était encore qu'une conception de la science resta sans effet pendant de longues années, et l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes n'a été citée que comme une idée ingénieuse qui attendait encore la sanction de l'expérience, dans divers ouvrages publiés depuis 1831, tels que le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, et un travail assez étendu de Lisfranc, sur les méthodes connues d'oblitération des artères, travail qui parut en 1834.

C'est seulement en 1845 que M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, tenta l'application de la galvano-puncture dans un cas de tumeur anévrismale développée sur le trajet de l'artère temporale. Le premier essai, dirigé avec habileté, fut couronné d'un succès complet, que suivirent d'autres opérations non moins heureuses, pratiquées soit par le savant chirurgien lyonnais, soit par d'autres médecins nationaux ou étrangers.

La nouvelle méthode compta enfin des revers, dont quelques-uns peuvent être attribués avec assez de raison à l'inexpérience des opérateurs. Quoi qu'il en soit, bien que certains relevés statistiques lui paraissent favorables, elle est encore en instance auprès des sociétés savantes pour se faire naturaliser complétement dans la pratique de l'art.

Je viens de vous exposer, monsieur et cher collègue, l'origine de l'électro-puncture appliquée au traitement des anévrismes, et la part théorique et expérimentale que j'ai prise à cette nouvelle thérapeutique. Il me reste à vous dire par quelle transition je suis arrivé à lui

substituer, sinon dans tous les cas, au moins dans le plus grand nombre, une autre méthode purement chimique.

Je suivais depuis 1845, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications que la galvano-puncture recevait dans la plupart des contrées de l'Europe. Je ne pouvais me dissimuler que cette méthode, par les soins délicats qu'elle demande, par l'imperfection fréquente des appareils, et peut-être par une certaine idiosyncrasie (1) du sang, manquait assez souvent le but désiré. Des expérimentateurs persévérants et éclairés, parmi lesquels je citerai le docteur Stambio (de Milan), avaient signalé, il est vrai, quelques-uns des écueils à éviter; mais il me semblait que, pour vulgariser l'emploi du galvanisme dans le traitement des anévrismes, les précautions indiquées étaient insuffisantes, et que le procédé généralement usité devait être modifié.

Préoccupé depuis longtemps de cette idée, j'essayai en 1851 de la réaliser, en supprimant l'intermédiaire des aiguilles pour la coagulation du sang dans le sac anévrismal. Je fondais la rationalité de cette tentative sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances d'un pôle à l'autre, même à travers l'épaisseur des tissus.

J'imaginais qu'en plaçant sur la tumeur anévrismale une compresse imbibée d'une solution alcaline, facilement décomposable; mettant cette compresse en contact avec l'un des pôles de la pile, tandis que l'autre électrode serait appliqué sur la partie opposée du corps, je déterminerais le passage de l'un des éléments de la substance saline dans l'intérieur du sac. Si cet élément était susceptible de donner avec l'albumine du sang un composé insoluble, ce liquide serait coagulé plus ou moins promptement.

J'instituai, d'après ces idées théoriques, l'expérimentation suivante :

Ayant rempli un tube de verre d'une solution d'albumine, j'en fermai les deux extrémités par un morceau de parchemin épais. Ayant ensuite appliqué sur chacune d'elles une compresse imbibée de solutions

---

(1) Je suis disposé à croire qu'une diminution dans la quantité normale du chlorure de sodium dissous dans le sérum du sang peut rendre celui-ci moins coagulable par le galvanisme. Je fonde d'abord cette opinion sur l'explication que l'on donne de la manière dont la dissociation des éléments du sel marin produite par le galvanisme amène la coagulation du sang à chacun des deux pôles, et ensuite sur des expériences par lesquelles j'ai constaté qu'en ajoutant un peu de sel marin à une solution d'albumine on obtient plus promptement la coagulation de celle-ci. Pourrait-on conclure de là que l'injection préalable dans une tumeur anévrismale d'une solution de sel rendrait la galvano-puncture plus efficace?

salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communication avec les bouts du tube, il me sembla que dans quelques cas des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à l'autre, à travers la solution d'albumine.

En supposant que je ne me fisse pas illusion à cet égard, ce que je n'ose affirmer, ce résultat était loin de répondre à mes espérances, car il impliquait la nécessité d'un temps très long pour la solidification de l'albumine.

Je me décidai alors à varier le procédé par l'introduction d'une aiguille, servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin. Cette fois, je vis un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger. Je ne pouvais douter que cet effet ne fût déterminé par le transport de l'un des éléments de la solution saline, car, si on substituait à celle-ci de l'eau pure, ce phénomène ne se produisait plus que d'une manière lente et peu prononcée.

Le procédé que je viens de décrire rentrait en partie dans celui de la *mono-acupuncture*, indiqué en 1847 par le docteur G. Strambio, et appliqué depuis, sans beaucoup de succès, je crois, par MM. Baumgarten et Wertheimber ; mais il en différait par l'intervention d'un élément chimique, qui augmentait la *coagulabilité* de l'albumine sous l'influence du galvanisme. Je pouvais donc le regarder comme un perfectionnement *probable* de la galvano-puncture, puisque en supprimant une des aiguilles on évitait la cautérisation si fréquente des parois du sac, et on diminuait la chance de rencontrer un filet nerveux.

Un autre résultat, que j'appellerai providentiel, s'il est aussi généralement utile qu'on a lieu de l'espérer, devait être le fruit imprévu de mes recherches.

Durant le cours des expériences que je viens de rapporter, et qui avaient pour but, soit de supprimer l'acupuncture, en conservant le galvanisme, soit de réduire l'opération à l'introduction d'une seule aiguille, je remarquai avec quelle *instantanéité* l'une des substances que j'essayais, le *perchlorure de fer*, déterminait la *prise en masse* d'une solution d'albumine. Considérant en même temps que les *martiaux* sont en général inoffensifs pour l'économie, employés à dose médiocre, je me demandai si, au lieu de chercher à supprimer l'acupuncture dans le traitement des anévrismes, il ne serait pas plus avantageux de renoncer à l'emploi de l'électricité, en conservant la première pour introduire dans la cavité du sac un principe coagulant (1) aussi énergique que le perchlorure de fer. Je pensai aussitôt à

(1) On a dit que le perchlorure de fer ne déterminait point une véritable

réaliser cette idée au moyen du trocart explorateur que l'on emploie pour reconnaître la nature des liquides contenus dans certaines tumeurs. Mais ceux que l'on trouve ordinairement chez les fabricants d'instruments de chirurgie ne me paraissant pas assez déliés, j'attendis l'occasion d'un voyage à Paris pour en faire exécuter de plus appropriés au but que je me proposais. M. Charrière remplit parfaitement mes vues à cet égard. Je me procurai en outre une petite seringue dont le piston était manœuvré au moyen d'un pas de vis, afin que l'injection s'opérât sans secousse d'une manière continue, et pût être ménagée à volonté d'une manière exacte.

J'étais dès lors en possession du matériel opératoire très simple qui m'était nécessaire.

De retour à Lyon, j'essayai, assisté de mon fils, interne des hôpitaux, de coaguler le sang dans la carotide d'un lapin; mais cette artère était trop déliée pour permettre d'introduire facilement le trocart dans l'intérieur de son calibre sans perforer sa paroi d'outre en outre. Nous échouâmes donc dans cette première expérience, dont le succès, d'ailleurs, aurait été fort peu concluant. Je me proposais de la recommencer bientôt en opérant sur des animaux de forte taille, lorsqu'une maladie assez grave vint interrompre le cours de mes recherches. Elles auraient été peut-être ajournées indéfiniment, si le séjour du professeur Lallemand dans ma maison, en contribuant à me rendre la santé, n'eût ranimé en même temps mon ardeur scientifique presque éteinte.

Lui ayant communiqué dans un de nos fréquents entretiens, qui étaient pour moi une source intarissable d'instruction, mes idées sur la chance probable de substituer aux moyens usités pour la guérison des anévrismes une méthode plus simple, plus prompte et moins douloureuse, il m'encouragea à en reprendre l'exécution, et voulut bien me prêter l'assistance de ses lumières et de son intervention personnelle dans les expériences qu'il s'agissait de faire sur les animaux avant de proposer pour l'homme cette nouvelle thérapeutique.

M. Pétrequin, invité à participer à nos essais, tenta d'abord de produire un anévrisme traumatique sur le trajet de l'artère carotide d'un mouton; mais son opération, répétée deux fois, n'eut pas le succès qu'il en attendait. Un simple épanchement diffus, bientôt résorbé, fut le seul résultat de la ponction de chacune des carotides.

---

coagulation de l'albumine; on peut en dire autant des acides et des alcalis. Alors l'impropriété de l'expression pour caractériser le phénomène peut être reprochée à tous les chimistes. Le calorique seul serait un véritable coagulum de l'albumine, car seul il la solidifie sans lui ajouter aucun principe pondérable.

Nous nous décidâmes alors à opérer sur l'artère elle-même, et à tenter d'y intercepter le cours du sang au moyen de l'injection de quelques gouttes de perchloruré de fer.

L'Institut et la Société de chirurgie ont reçu de M. Lallemand communication des suites de cette expérience et de celles qui furent faites ultérieurement sur des chevaux, avec le concours éclairé et bienveillant de M. Lecocq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon. Je ne les rappellerai pas ici, je compléterai seulement l'observation relative au mouton, en ajoutant à cette note l'autopsie qui en fut faite deux mois et demi après l'opération par M. Lecocq, parce qu'elle offre des particularités qui n'ont pu être remarquées chez les autres animaux, que l'on a sacrifiés avant que leurs plaies fussent cicatrisées.

On voit par les détails de cette autopsie que le *magma*, produit immédiat de l'injection, et les caillots sanguins qui ont dû se former consécutivement à l'opération, comme on l'a observé chez le cheval abattu au bout de dix jours, avaient été pour ainsi dire complétement résorbés au bout de deux mois et demi. Ce travail éliminateur ne fut accompagné d'aucun symptôme ; seulement l'animal perdit l'appétit pendant les premiers jours qui suivirent l'injection. Ce trouble pouvait être produit par l'inflammation de la plaie assez large que l'on avait laissée à découvert sans aucun pansement.

Pour expliquer la fièvre et l'anorexie observées chez les animaux opérés à Alfort, on a dit qu'elles étaient probablement le résultat d'une sorte d'intoxication par le sel ferreux injecté. Je ne suis pas disposé à admettre cette étiologie ; mais je n'en pense pas moins qu'il importe de n'employer que la quantité de *perchlorure* nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur. Les moyens que j'ai indiqués pour mesurer cette quantité attestent assez l'importance que j'attache à ce précepte.

Un nouveau cas d'application de la méthode d'injection qui sera publié prochainement montrera que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives que M. Lallemand et moi avons fixées sans déterminer des symptômes d'intoxication et sans que le caillot formé se redissolve ; mais il peut résulter d'une injection exubérante une inflammation trop vive du sac, qui en amène l'ulcération consécutive et l'explosion en bloc du *magma* qu'il contient.

Il est inutile d'énumérer les inconvénients éventuels de cette élimination prématurée du bouchon destiné à amener l'oblitération progressive de l'artère ; je me bornerai à dire que le point essentiel au succès de l'opération est de ménager toutes choses de manière qu'il y ait résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. L'autopsie

du mouton que j'ai rapportée et l'observation de M. Raoult Deslonchamps prouvent que cette terminaison est possible ; une des conditions propres à l'assurer est d'éviter d'introduire dans le sac anévrismal un excès du liquide coagulant.

Ce précepte deviendrait surtout d'une rigueur absolue, s'il s'agissait d'un anévrisme profond où une simple fissure des parois du sac pourrait venir, non plus au dehors, mais au dedans de l'organisme, un liquide irritant.

Si j'avais à appliquer dans un cas de cette espèce la nouvelle méthode, je n'injecterais d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure de fer. En effet, il ne s'agit pas ici d'arrêter brusquement le cours impétueux du sang dans une artère volumineuse, comme la carotide d'un cheval. L'indication à remplir n'étant pas aussi immédiate, je crois que, pour arriver à un heureux résultat, il suffit de déposer dans la tumeur anévrismale un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation de couches albumineuses successives ; car j'ai remarqué que, si on laisse tomber dans une solution d'albumine une seule goutte de perchlorure de fer concentré, il se forme bientôt autour d'elle des espèces de *stalagmites* qui sextuplent au moins son volume, et donnent un caillot solide dont le diamètre excède de beaucoup celui du calibre de l'artère la plus volumineuse, en sorte qu'il ne pourrait être entraîné hors du sac.

Si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient point cessé complétement, rien ne s'opposerait à ce que l'on répétât l'injection, car la ponction par un trocart délié, comme celui que j'ai indiqué, est une opération absolument inoffensive.

Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler ; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite ; mais pour qu'elle puisse guider sûrement l'opérateur, il convient d'indiquer à quel degré de concentration doit être amenée la solution de perchlorure de fer.

C'est dans cette vue que je joins ici la description du procédé à suivre pour obtenir une liqueur toujours identique, parfaitement pure et marquant 46 degrés à l'aréomètre. Cette description a été rédigée par l'un de nos pharmaciens chimistes les plus distingués, M. Burin du Buisson.

Je termine cette note, que je n'ai pas eu le temps de rendre plus courte, en soumettant les idées qu'elle renferme à l'examen éclairé de la Société de chirurgie, persuadé que, si la nouvelle méthode doit prendre rang parmi les progrès de l'art de guérir, c'est lorsqu'une dis-

cussion approfondie, comme toutes celles auxquelles se livre la Société, aura bien précisé les cas d'application et les moyens les plus rationnels de rendre cette application inoffensive, autant que le comporte la gravité des cas.

Agréez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Ch. PRAVAZ, D.-M.-P.

Lyon, 2 mai 1853.

Note de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, sur la préparation du perchlorure de fer liquide considéré comme agent coagulateur du sang.

On sait combien est grand le nombre de substances qui ont la propriété de précipiter l'albumine de ses dissolutions.

Presque tous les acides la précipitent en blanc ; l'acide acétique fait prendre en gelée les dissolutions concentrées d'albumine.

La strontiane, la baryte et la chaux forment avec l'albumine des précipités insolubles dans l'eau.

Presque tous les sels métalliques sont précipités par l'albumine, et le précipité blanc insoluble dans l'eau que forme cette substance avec le bi-chlorure de mercure est particulièrement connu. Parmi les autres métaux qui jouissent de cette propriété, il faut encore ajouter le sulfate de cuivre, mais plus particulièrement le *perchlorure de fer*.

Le chlorure ferrique possède, en effet, au plus haut degré la propriété de se combiner avec l'albumine instantanément et de former avec elle un précipité sous forme de *magma* consistant et insoluble, ainsi que vient de le constater M. le docteur Pravaz ; et chacun connaît aujourd'hui combien est importante l'application que cet habile praticien vient de faire de la solution aqueuse de ce sel pour coaguler instantanément le sang dans les artères, en vue de son emploi spécial pour la guérison des anévrismes chez l'homme.

Le perchlorure de fer réunit, en effet, toutes les qualités désirables (et même exclusives) pour remplir le but auquel M. le docteur Pravaz le destine si heureusement : pouvoir hémostatique puissant, innocuité parfaite, solubilité dans l'eau excessive ; — il ne restait donc plus qu'à chercher un mode de préparation qui permît d'obtenir ce sel toujours *très pur*, et sa solution aqueuse à une densité maximum *qui fût toujours et partout identique*, conditions indispensables pour atteindre le but que s'est proposé M. le docteur Pravaz, qui a bien voulu nous charger de ce dernier travail dont nous allons exposer les résultats :

Perchlorure de fer liquide du docteur Pravaz.

On prend :

Sulfate de fer du commerce de couleur émeraude.	1,000,80
Eau.	3,000,00
Limaille de fer pure.	100,00
Acide sulfurique.	15,00

On introduit le tout dans un matras ou mieux dans un vase en fonte émaillée, et on laisse digérer sur un bain de sable jusqu'à ce que tout dégagement de gaz cesse ; on filtre, on ajoute à la liqueur 500 grammes d'acide hydro-sulfurique liquide et on laisse en repos pendant douze heures ; au bout de ce temps, on porte la solution sur le feu, on laisse bouillir demi-heure et on filtre.

Le liquide filtré est additionné de 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré ; on place le mélange dans une capsule en porcelaine ou un vase de fonte émaillée qui ne doit être rempli qu'à moitié ; on porte à l'ébullition, et l'on ajoute par petites quantités de l'acide azotique pur, jusqu'à ce que la dernière affusion ne donne plus lieu à un dégagement de vapeurs rutilantes ; — on retire alors du feu, on étend le liquide de vingt-cinq à trente fois son poids d'eau froide, et on précipite tout le fer à l'état de peroxyde par un léger excès d'ammoniaque liquide ; on lave par décantation à l'eau pure le précipité un grand nombre de fois, et on le fait sécher à l'air en le divisant en couches minces sur de la toile.

L'oxyde sec et pulvérisé est ensuite calciné au rouge dans un vase en fer battu, large et peu profond, afin de ne pas trop élever la température ; on obtient ainsi le safran de mars astringent des pharmacies, qui n'est autre que du peroxyde de fer pur, lorsqu'il est ainsi préparé.

On obtient ensuite le perchlorure de fer de la manière suivante :

Protoxyde de fer ci-dessus. . . .	200 grammes.
Acide hydrochlorique blanc et pur. .	1,000 —

On laisse réagir à froid pendant cinq à six heures, puis on porte le vase sur un bain-marie d'eau bouillante, et l'on chauffe jusqu'à solution à peu près complète de l'oxyde ; cette opération doit être faite dans une capsule de porcelaine dont on connaît le poids ; on décante le liquide pour séparer l'oxyde indissous, et on l'évapore avec ménagement au bain-marie en agitant continuellement jusqu'à consistance de sirop épais, dont on détermine alors le poids ; on ajoute une quan-

tité d'eau distillée égale à la moitié de ce poids, on chauffe encore quelques instants et on jette le tout sur un filtre ; on lave la capsule, puis le filtre, avec une nouvelle quantité d'eau égale à la première, et l'on ajoute au premier liquide la quantité suffisante du dernier pour obtenir un mélange homogène ayant une densité constante de 43,5 à 44 degrés.

En opérant ainsi, on obtient un liquide très limpide ayant seulement une légère réaction acide, mais parfaitement pur, *au maximum de saturation et toujours identique*, se conservant parfaitement sans aucun dépôt de sel, pourvu qu'il soit tenu dans un vase bien bouché ; il est d'une couleur brun foncé vu en masse, et d'un jaune doré verdâtre vu par transparence et en couche mince.

Cinq à six gouttes de ce liquide, mêlées à un blanc d'œuf délayé dans 20 grammes d'eau, suffisent en moins de quinze secondes pour faire prendre le tout en une masse qui, en renversant le vase qui la contient, reste collée au fond et ne s'en détache qu'au bout d'un temps assez long avec lequel l'eau commence à s'en séparer en partie, à la manière du sérum du sang coagulé.

Cette préparation réunit donc ainsi toutes les conditions voulues pour réaliser les espérances que font naître, à juste titre, les observations de M. le docteur Pravaz.

Rupture du cœur.

M. Giraldès communique aussi une lettre qu'il a reçue de M. Prescott Hewet, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, membre correspondant de la Société. Il s'agit d'un fait intéressant de rupture du cœur. Nous en donnons l'analyse :

Un jeune garçon, âgé de douze ans, tombe du haut d'une maison ; à l'instant même, on le porte à l'hôpital Saint-Georges dans un état d'insensibilité complète et où il meurt au bout de quatre heures. Pendant le peu de temps qu'il resta dans les salles, il n'a pas repris connaissance. Au moment de son entrée, on constate une fracture de la mâchoire inférieure et une fracture compliquée des deux cuisses.

A l'autopsie, aucune lésion dans les parties externes du thorax. Point de fracture. On rencontre une légère ecchymose sur la partie antérieure du poumon. Point de sang épanché dans le péricarde ; mais à la partie antérieure et superficielle du cœur, dans la région correspondant à la partie supérieure de la cloison et à un pouce et demi au-dessous de l'origine de l'artère, on y trouve une ecchymose de l'étendue d'un pouce ; le sang est épanché sous la séreuse, qui est intacte. En examinant la lésion avec plus de soin, on constate que

cette ecchymose correspond à une déchirure du cœur ; elle se continue vers la partie supérieure de la cloison et la divise dans toute son étendue, et établit une communication entre les deux ventricules ; on peut facilement faire passer un stylet d'une cavité dans une autre. Cette déchirure mesure, du côté droit, un pouce et demi de profondeur ; du côté gauche, on ne trouve aucune petite ouverture suffisante pour laisser passer un stylet. On remarque d'autres points ecchymotiques dans d'autres parties de l'organe. La membrane interne du ventricule gauche est la seule partie de la cloison ventriculaire qui ne soit pas déchirée. A la partie antérieure de cette cloison, on peut voir la déchirure se continuer jusqu'à la partie antérieure de la paroi du ventricule droit. Du côté gauche, deux colonnes charnues sont incomplétement déchirées. Les cavités du cœur présentent leur calibre normal ; il en est de même du tissu musculaire du cœur ; les vaisseaux cardiaques sont sains.

Le cerveau est contus à sa surface ; on rencontre une fracture de la fosse moyenne gauche de la base du crâne ; rupture de la rate, fracture de la mâchoire inférieure et fracture comminutive compliquée des deux cuisses.

Lectures.

M. MAYOR (de Genève) lit au nom de son fils deux observations dont nous transcrivons les titres :

1° *Kyste multiloculaire développé dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure ;*

2° *Extirpation d'un goître développé au côté droit de la glande thyroïde.*

Ces deux observations sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Maisonneuve, Huguier et Forget.

Anatomie pathologique.

M. DEBOUT présente la carotide gauche d'un cheval, une injection de 15 gouttes de perchlorure de fer a été faite dans ce vaisseau le 9 avril. Le cheval a été sacrifié le 1er mai. On remarque une inflammation assez vive dans l'étendue de 20 centimètres.

M. Debout reviendra sur cette communication dans la première séance.

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des hémorrhagies.

M. MARJOLIN annonce que dans deux cas il a eu recours avec succès à l'emploi du perchlorure pour combattre des hémorrhagies.

Le premier fait est relatif à une métrorrhagie suite d'une affection cancéreuse de l'utérus et du vagin. Une injection pratiquée avec un mélange de 2 grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau a fait cesser immédiatement la perte de sang.

Dans le second fait, le perchlorure a été appliqué pur. Il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe se produisant sur la surface résultant d'une plaie suite de l'ablation d'une tumeur située près la marge de l'anus. Un morceau d'agaric imprégné de perchlorure de fer appliqué sur la snrface saignante a amené la cessation immédiate de l'hémorrhagie. Aucun accident local n'a suivi cette application.

M. Guersant a aussi employé cet agent hémostatique, il y a cinq jonrs, à l'hôpital des Enfants, sur un jeune sujet très prédisposé aux hémorrhagies; une avulsion de dent détermina une perte de sang très inquiétante. Après avoir en vain employé la cautérisation, le tamponnement, la glace, il put mettre fin à l'hémorrhagie en appliquant 2 ou 3 gouttes de perchlorure de fer.

M. Guersant fait toutefois remarquer que la glace fut appliquée concurremment avec le perchlorure.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 11 mai 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Guersant présente un jeune homme âgé de dix ans, d'une bonne constitution, qui porte sur le bord supérieur de la mâchoire inférieure à gauche une tumeur consistante, mobile, saignante, d'une couleur rouge assez vive. M. Guersant éprouve quelque hésitation pour diagnostiquer la nature de cette affection; il demande à quel traitement on doit recourir.

M. Verneuil rappelle que M. Robin a observé plusieurs cas de ces tumeurs gingivales, qu'on désigne ordinairement sous le nom d'*épulis* de mauvaise nature. Ces tumeurs peuvent s'accroître considérablement, déterminer rapidement la chute des dents, s'ulcérer, devenir le siége d'hémorrhagies sérieuses, en un mot, simuler le cancer du maxillaire.

Ces tumeurs ne sont pourtant pas constituées d'ordinaire par la cellule cancéreuse; M. Robin les a trouvées formées par de l'épithélium à la surface, et dans la profondeur par les éléments anatomiques du

tissu médullaire des os, et en particulier par celui qu'il désigne sous le nom de cellules médullaires à noyaux multiples. J'ai pu étudier moi-même, dit M. Verneuil, une pièce de ce genre avec le savant anatomiste, et reconnaître la nature de leur composition intime. M. Robin a, du reste, signalé ce fait depuis longtemps, et l'a consigné dans les *Bulletins de la Société de biologie*.

Ces tumeurs ne sont pas susceptibles de guérir spontanément. Elles ont leur point de départ sur la partie saillante du bord alvéolaire, et elles nécessitent l'ablation de la portion d'os qui les supporte; il est indispensable d'enlever largement la portion malade. Cependant, dans le cas présenté par M. Guersant, on pourrait conserver le bord inférieur du maxillaire inférieur au niveau du mal : deux traits de scie verticaux portant sur les parties saines, un troisième trait de scie fait avec la scie de Heinne ou celle de M. Charrière, pourraient aisément circonscrire la portion osseuse envahie.

M. Gosselin partage l'opinion émise par M. Verneuil et sur la nature et sur le traitement de l'affection.

Il pense qu'on pourrait simplifier l'opération en enlevant d'un seul coup la partie de l'os malade à l'aide d'une double cisaille concave.

M. Forget propose aussi l'ablation largement faite de la tumeur. Il y a quinze ans environ, il a assisté à une opération pratiquée pour une tumeur d'apparence semblable sur un jeune garçon, fils d'un député de la Corse. La tumeur, implantée de même sur le bord libre du maxillaire inférieur, offrait un peu plus de volume. On fit confectionner une double cisaille en rapport avec le volume de la partie à enlever, et d'un seul coup on put extirper et la tumeur et la portion d'os qui devait être sacrifiée.

L'enfant, lors de l'opération, était âgé de sept à huit ans; il n'a jamais eu de récidive, et jouit actuellement d'une santé parfaite.

M. Lenoir a pratiqué, ces jours derniers, l'ablation d'une tumeur semblable sur une femme; il s'est servi également d'un instrument très simple confectionné par M. Luër, et d'un seul coup il a pu achever l'opération.

Il y a quelques années, pareille opération a été exécutée sur un enfant; seulement il a cautérisé après l'ablation. Il n'y a pas eu de récidive.

M. Giraldès, à propos de l'instrument employé par M. Lenoir, dit qu'il ne faut pas le confondre, comme paraissent le faire quelques chirurgiens, avec la triquoise empruntée à la chirurgie vétérinaire.

— Après la lecture du procès-verbal, M. Debout demande la parole

pour compléter les renseignements sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance.

Les expériences tentées avec le perchlorure de fer, dit M. Debout, prouvent déjà qu'on peut suspendre un instant ces essais des divers liquides coagulants, jusqu'à ce qu'on ait réglé le mode d'emploi de celui recommandé à notre étude par MM. Pravaz et Lallemand. Les règles tracées par ces savants chirurgiens reposaient cependant sur un trop petit nombre de faits pour qu'il ne fût pas utile de multiplier encore les expériences. Celles produites par M. Pravaz montraient la possibilité de la coagulation du sang par le perchlorure, indiquaient la quantité approximative du sel de fer pour obtenir la production du phénomène ; mais elles laissaient encore un doute important à lever, la dose à laquelle on pouvait arriver sans provoquer d'accidents inflammatoires. C'était aux expériences sur les animaux qu'on pouvait seulement demander la preuve de l'agression du perchlorure de fer sur les parois artérielles. Ce point, j'ai cherché à le déterminer à mon tour. Déjà, dans ma dernière note, j'ai signalé les résultats immédiats de l'action topique du liquide coagulant ; mais l'astriction des parois artérielles n'est point le seul effet déterminé par le perchlorure de fer, des accidents inflammatoires peuvent survenir lorsque la quantité de la solution saline est un peu considérable. La pièce pathologique que je vous ai soumise en donne la preuve évidente : j'avais injecté dans la carotide que vous avez pu examiner 15 gouttes de perchlorure de fer.

Si ce n'était point dépasser les limites que doit m'imposer la faible valeur de la communication que je fais en ce moment, je rapporterais les détails de cette expérience.

En comparant les résultats qu'elle m'a fournis avec ceux signalés par M. Pravaz, il en ressortirait plusieurs enseignements dignes d'être mis en relief ; mais la note de notre savant correspondant en a signalé les plus importants en insistant sur la faible dose qu'on doit injecter dans les artères, sous peine de voir survenir des accidents. Ce danger a porté M. Pravaz à engager les expérimentateurs à rester au-dessous de la dose de trois gouttes pour chaque centilitre de sang à coaguler qu'il avait d'abord conseillé. Mais pour obtenir les bons résultats qu'il promet, il sera nécessaire d'avoir recours à un moyen adjuvant dont on n'a tenu aucun compte dans la discussion ; ce moyen, c'est la compression. Vouloir se priver de son secours, serait compromettre le succès de la nouvelle méthode.

Nous croyons avoir prouvé que le problème de la cure des anévrismes ne saurait être réduit à la production d'un caillot dans l'intérieur

du sac anévrismal. Le fait produit sous les yeux de M. Robert en est la preuve. Puisqu'un caillot gros comme un œuf de pigeon battu en brèche par l'ondée sanguine a été dissous en huit jours, il en serait, à plus forte raison, de même pour les couches albumineuses produites par l'injection de 3 ou 4 gouttes de perchlorure de fer. Un arrêt complet de la circulation peut seul protéger l'organisation du caillot et amener la guérison de l'anévrisme.

Cette observation par laquelle je termine, je la crois très importante aussi je n'hésite pas à la soumettre à votre sanction.

— Après cette communication, M. Giraldès croit devoir protester contre quelques-unes des interprétations données par M. Debout au fait pathologique qu'il a soumis à l'examen de la Société. Il aura l'occasion, après la confection d'un travail dont il s'occupe, de revenir sur cette question.

De l'action du lupulin.

M. Debout fait une deuxième communication, relative à l'action du lupulin, partie active du houblon, dans le traitement du priapisme.

« Le fait intéressant de priapisme que M. Huguier vous a communiqué dans la dernière séance m'engage, dit M. Debout, à signaler à votre attention l'action remarquable d'un médicament que l'on a à tort rejeté de la matière médicale; nous voulons parler du lupulin, poussière jaune que l'on trouve sur les cônes de houblon.

» Notre matière médicale est si peu riche en médicaments anaphrodisiaques, que récemment, dans un service de clinique, nous avons vu un chirurgien d'un haut mérite ne pas hésiter à avoir recours, dans un cas de priapisme, à la ponction des corps caverneux. Je crois que dorénavant, après la communication que je vais vous faire, avant d'employer l'instrument, vous ferez appel à l'action spéciale du lupulin. »

Après avoir cité plusieurs faits qui lui paraissent démontrer la valeur de ce médicament, M. Debout entre dans les détails suivants sur le mode d'administration :

« Une seule des préparations du lupulin est à conserver, la teinture, que l'on pourra employer lorsqu'on voudra faire bénéficier son malade de la propriété corroborante de cette substance; l'alcool ajoute alors à l'action tonique que fournit la matière amère du lupulin. Mais le plus souvent, et surtout *lorsqu'on veut faire appel à la propriété spéciale du lupulin pour abattre les érections morbides, il faut faire usage du médicament en substance. Pour mieux mettre en liberté l'élément ana-*

phrodisiaque, c'est-à-dire l'huile essentielle, on fait triturer le lupulin avec un peu de sucre blanc.

» *C'est à ce mode de préparation du lupulin que sont dues les doses moins élevées que l'on trouve mises en usage dans nos observations. 1 ou 2 grammes nous ont toujours suffi.* Ce n'est pas que nous redoutions les hautes doses de cette substance, et nous ne saurions accepter les craintes exprimées par M. Barbier, de voir des accidents survenir du côté du cerveau et de la moelle à la suite de son emploi. 4 grammes, pris d'une seule fois, n'ont provoqué sur nous qu'une sensation de chaleur assez vive de la région épigastrique. Nous avons vu, en outre, MM. Puche et Ricord administrer, plusieurs jours de suite, le lupulin à la dose de 6, 8, 10 et 12 grammes, sans être témoins des engourdissements pénibles et de la pesanteur de tête que M. Barbier dit suivre l'ingestion de 24 grains de lupulin. Probablement cet auteur a rapporté aux effets du médicament des symptômes appartenant à la maladie dont les sujets de son expérimentation étaient atteints. »

Correspondance manuscrite.

M. Cullerier demande un congé de deux mois, pour des motifs de santé.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : *Controverse à propos d'une fracture très oblique du fémur.*

Ce travail est renvoyé à une commission déjà nommée pour examiner une première communication de M. Cazenave. Cette commission est composée de MM. Houel, Robert et Monod.

— M. Boinet dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Foucauld, comme complément de la première communication relative aux applications de l'irrigation continue.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Boinet.)

Nomination.

A la suite d'un rapport de M. Michon, M. Hervez de Chégoin, qui avait sollicité le titre de membre honoraire, est nommé par acclamation.

Rapport.

M. Richet donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Larrey, Monod et moi, de vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), intitulée : *Otite purulente interne droite. — Abcès consécutif développé à la région mastoïdienne du*

même côté. — Symptômes d'encéphalo-méningite aiguë. — Mort. — Autopsie. — Abcès à la partie postérieure du ventricule latéral droit. — Méningite ventriculaire du même côté. — Lésions non soupçonnées pendant la vie. — Réflexions.

En résumant rapidement cette observation, on voit qu'à la suite d'un refroidissement le malade est atteint d'un écoulement séro-purulent par le conduit auditif externe droit au mois d'août 1851 ; puis, que cet écoulement est supprimé au bout d'un mois, pour ne plus reparaître. Plus de deux mois après, en novembre, le malade éprouve des migraines, qui vont en augmentant pendant plusieurs semaines, et qui s'aggravent enfin au point de le forcer à s'aliter. Le docteur Zandyck est appelé, et lui pratique plusieurs saignées, lui fait appliquer des sangsues derrière les oreilles, puis un vésicatoire, et s'aperçoit bientôt d'une menace d'abcès derrière l'oreille droite. Cet abcès est ouvert, se déterge, et le malade était en voie de rétablissement, lorsque après quelques jours d'une convalescence incertaine, il est repris de douleurs violentes dans le côté droit de la tête, et succombe, avec délire, strabisme et paralysie des paupières. Pendant tout ce temps, l'écoulement auriculaire dont il a été parlé précédemment n'a pas été revu.

A l'autopsie, on trouve les os du crâne, et en particulier le rocher, parfaitement sains ; le périoste et la dure-mère sont injectés et adhérents aux os, mais on rencontre dans la partie la plus reculée du ventricule latéral correspondant un abcès non enkysté, contenant 155 grammes environ d'un pus verdâtre et bien lié.

M. le docteur Zandyck cherche à démontrer, dans les réflexions que lui a suggérées cette observation, que cet abcès cérébral était impossible à diagnostiquer d'après les symptômes observés ; que le diagnostic de ces abcès, en général, est entouré d'obscurités telles, que la plupart des auteurs s'y sont mépris ; qu'il n'y a pas eu transmission directe des accidents inflammatoires extérieurs à la paralysie cérébrale ; enfin que le diagnostic exact de ces lésions n'influe pas beaucoup sur le traitement qu'on doit employer.

Votre commission, tout en louant le talent de discussion dont l'auteur a fait preuve dans les réflexions qui suivent son observation, croit devoir vous soumettre un doute sur la réalité de la cause qui aurait donné naissance à cette suppuration extra et intra-crânienne. Notre confrère intitule, en effet, son observation : *Otite purulente interne droite. — Abcès consécutif développé*, etc. Nous n'avons pas vu là nettement établie, soit par les symptômes pendant la vie, soit par l'autopsie, l'existence d'une otite interne, et surtout d'une otite jouant le rôle de cause d'abcès intra-crânien. Cette maladie, d'ailleurs, dont l'au-

teur de l'observation n'a pu expliquer aucun des symptômes, n'a été soupçonnée que d'après le dire de la femme du malade, laquelle a raconté, mais après la mort de son mari seulement, qu'il avait eu un écoulement d'oreille plusieurs mois auparavant.

Aussi pensons-nous que le titre de l'observation devrait subir une modification, ou au moins exprimer un doute, afin de mettre en garde les chirurgiens qui plus tard voudront se servir de ce fait, d'ailleurs fort intéressant.

Votre commission vous propose donc de remercier M. le docteur Zandyck de sa communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

M. Forget demande si, dans l'observation, il est rigoureusement fait mention de l'état des parties voisines de l'abcès, si l'on indique suffisamment les conditions dans lesquelles se trouvait la région mastoïdienne.

M. Richet répond qu'il a exprimé dans son rapport des doutes sur le diagnostic de la maladie, et que rien ne lui paraît prouver qu'il y ait un rapport de causalité entre l'otite suppurante et la suppuration des téguments. L'abcès, tout à fait isolé de toute affection osseuse sous-jacente, aura probablement été produit par l'action du vésicatoire, qui avait déterminé une inflammation érysipélateuse.

M. Gerdy demande si l'otite était très ancienne et très aiguë; car dans ces cas il n'est pas rare de voir apparaître, à une certaine distance des os malades, de ces abcès de voisinage qu'il a souvent signalés.

M. Richet rappelle que l'otite primitive n'avait pas duré longtemps, et qu'elle s'était guérie presque sans traitement.

M. Robert approuve les scrupules de M. Richet sur la lésion, et, comme le rapporteur, il demande que le titre de l'observation soit modifié.

M. Larrey, comme membre de la commission, vient appuyer d'autant plus volontiers la proposition de M. Robert, que lui-même, en lisant la communication de M. Zandyck, avait été frappé du peu de rapport qui existait entre le titre de l'observation et l'observation elle-même.

La Société adopte les conclusions du rapport et approuve les modifications à apporter au titre de l'observation.

COMMUNICATION.

Du traitement des fistules anales à orifice supérieur profond.

M. Gerdy fait la communication suivante :

On a toujours redouté les opérations de fistules à l'anus lorsque l'ori-

fice interne se trouve situé à une grande hauteur sur l'intestin. On a, en effet, dans ces cas, la crainte ou de déterminer de graves hémorrhagies, ou même de léser le péritoine.

Il y a huit mois, j'ai eu à traiter un individu qui portait une fistule de ce genre. Une première opération avait été faite, mais sans résultat; on n'avait pas porté l'incision jusqu'à l'orifice supérieur. Comme il était impossible d'atteindre cet orifice, j'eus alors l'idée de recourir à l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Une branche fut portée par l'orifice externe dans le trajet fistuleux; l'autre branche, introduite par l'ouverture anale, fut portée à une même profondeur, et en les rapprochant, je pus ainsi saisir la partie de l'intestin que je voulais diviser.

Je ne craignais de cette façon ni hémorrhagie, ni lésion du péritoine, qui devenait sans gravité. J'eus de la difficulté à réunir les branches de l'instrument, au point de me trouver contraint à faire l'opération en deux temps. Je ne saisis la première fois qu'une partie de la paroi intestinale à détruire. Quand j'eus obtenu la mortification de cette première partie, je réappliquai l'entérotome plus profondément pour achever la destruction de la partie la plus profonde.

La cicatrisation se fit très bien et sans accidents.

Un deuxième fait s'étant offert à mon observation peu de temps après, j'eus recours au même procédé. L'orifice interne était à 3 ou 4 pouces de hauteur. Je fis d'abord une petite ouverture à la peau pour faciliter l'introduction de la branche qui devait suivre le trajet fistuleux.

Les douleurs produites par le pincement sont peu fortes; cependant elles sont plus vives que dans le pincement de l'intestin dans les cas d'anus contre nature.

Comme dans le premier cas, la guérison fut obtenue sans aucune espèce d'accident.

M. Boinet, tout en trouvant ingénieux le procédé de M. Gerdy, fait les objections suivantes :

D'abord, l'introduction de la branche qui doit suivre le trajet fistuleux ne peut manquer, dans la grande majorité des cas, de présenter de grandes difficultés.

Il faut ajouter ensuite que le plus souvent ces fistules à orifice supérieur très élevé n'offrent pas un trajet direct. N'y aurait-il pas, avant de recourir au procédé de M. Gerdy, avantage à essayer d'un moyen bien autrement simple, et qui n'entraîne avec lui aucun danger.

M. Boinet a traité un malade offrant une fistule complexe à orifices multiples, opérée déjà plusieurs fois sans succès. Il a employé les injections iodées, et trois semaines après la guérison était complète.

Dans quatre autres cas, le même résultat a été obtenu, et sur un malade une seule injection a suffi.

On doit, pour assurer le succès de ces injections, laisser séjourner quelques instants l'iode dans l'intérieur de la fistule, et pour obtenir ce résultat avoir soin de maintenir bouché l'orifice interne avec le doigt introduit dans l'intestin, tandis qu'on maintient l'occlusion de l'orifice externe avec la canule de la seringue laissée en place pendant le temps nécessaire.

M. Roux approuve le procédé de M. Gerdy, qui met à l'abri des hémorrhagies; ce que du reste on obtient en se servant de la ligature, qui a une grande analogie avec l'opération telle que la pratique M. Gerdy.

Quant à la lésion du péritoine, il est très exact, dit M. Roux, qu'on peut la produire pendant l'opération de la fistule; et pour son compte, sur un nombre considérable d'opérations qu'il a pratiquées, il lui est arrivé une fois d'ouvrir le péritoine, ce dont il fut averti par l'écoulement immédiat d'une quantité notoire de sérosité citrine limpide. Il exerça immédiatement une compression convenable à l'aide de mèches volumineuses introduites dans le rectum, et le malade put guérir, mais après toutefois avoir présenté les symptômes d'une vive péritonite, qui cédèrent à un traitement énergique.

M. Larrey fait observer que l'intéressante communication de M. Gerdy a pour objet des cas exceptionnels de fistule anale, et que, si la discussion s'étend aux formes fréquentes ou ordinaires de cette maladie, la Société prolongera indéfiniment sa séance sur le même sujet.

Tous les chirurgiens savent (et les recherches spéciales de Ribes et de Larrey l'ont indiqué) que l'orifice interne de la plupart des fistules complètes se trouve assez près de l'anus. Ce n'est donc pas de ces sortes de fistules qu'il s'agit en ce moment, mais de celles dont l'orifice intestinal semble trop élevé pour être accessible au bistouri sans danger ou du moins sans accident. Et non-seulement ces sortes de fistules sont rares; mais, alors même qu'il existe quelquefois un décollement assez long depuis l'orifice externe ou cutané, il ne s'ensuit pas toujours nécessairement que l'orifice interne aboutisse au fond ou au cul-de-sac de ce décollement, tandis qu'il peut se rapprocher de l'anus.

C'est pourquoi il n'est point question ici du traitement ordinaire des fistules, soit par les injections iodées, soit par tout autre mode de pansement ou d'opération, mais seulement d'une ingénieuse application de l'entérotome de Dupuytren, qui semble agir alors à la façon de l'ancienne méthode de la ligature.

M. Chassaignac approuve le procédé opératoire nouveau, car dans plusieurs circonstances, ayant eu affaire à des fistules profondes, il s'est beaucoup préoccupé de la crainte de léser quelques vaisseaux importants; le procédé de M. Gerdy met à l'abri de ces accidents : il lui paraît un véritable progrès.

Présentation de pièces.

M. Chassaignac présente une pièce anatomique offrant un exemple remarquable de hernie graisseuse. Un paquet adipeux de la grosseur d'un œuf de pigeon est engagé dans le canal inguinal. Pendant la vie, sa présence n'avait du reste déterminé aucune espèce d'accident.

Tumeur gélatiniforme ou colloïde de la mamelle.

M. Larrey présente une tumeur gélatiniforme d'un volume considérable qu'il a extirpée, la semaine dernière, chez une femme déjà opérée par lui l'année précédente, à pareille époque, d'une hypertrophie fibro-gélatineuse de la mamelle.

« La malade, femme d'un officier, âgée de quarante-six ans, d'une bonne constitution, bien réglée et mère de plusieurs enfants, s'était aperçue dès l'année 1841 de l'existence d'une grosseur dans le sein droit, sans aucune cause appréciable. Cette tumeur avait insensiblement augmenté de volume sans indice d'inflammation ni de dégénérescence; et en 1851, ou dix ans après, elle avait acquis un développement assez considérable. Appelé alors à l'examiner, je crus reconnaître une hypertrophie, mais non un cancer de la mamelle, d'après l'appréciation des signes tant affirmatifs que négatifs de la tumeur. L'opération résolue fut pratiquée le 15 mai 1852, et en grande partie facilitée par l'énucléation. Aucun accident ne survint, et la cicatrisation fut assez prompte.

» La tumeur, pesant 1 kilogramme 730 grammes, et ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme, fut examinée avec le plus grand soin au microscope par M. Lebert, qui démontra qu'elle était essentiellement formée, aux dépens de la glande mammaire, de plusieurs masses de tissu fibro-gélatiniforme, sans la moindre trace d'éléments cancéreux (1).

» La cicatrice, achevée six semaines après l'opération, devint un peu plus tard le siége d'une ulcération assez étroite qui se ferma et se

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 26 mai 1852.

rouvrit à diverses reprises pendant quelques mois. La malade ressentit au mois d'octobre quelques élancements vers cette cicatrice, et vit peu de temps après se former une nouvelle tumeur d'assez petit volume d'abord, mais qui augmenta graduellement, et parvint, dans le courant de mars 1853, à un développement considérable, sans que la santé générale en ait souffert d'altération.

» C'est ainsi, dans de bonnes conditions, que Mme X... revint à Paris pour me confier de nouveau le soin de l'opérer dans le plus court délai possible.

» La tumeur, en effet, avait pris, dans les derniers temps, un accroissement si rapide, que la veille de l'opération elle offrait les dimensions suivantes, reproduites par un dessin très exact, à savoir : un volume dépassant de beaucoup celui d'une tête d'adulte occupant la totalité de la région thoracique antérieure du côté droit, dans une étendue limitée par le sternum, la clavicule, l'aisselle et la septième côte; une circonférence à sa base de 0,65 centimètres, et une surface inégale, bosselée, divisée en quatre lobes distincts d'inégale grosseur (le lobe externe étant le plus considérable et faisant saillie vers l'aisselle), sans le moindre engorgement des ganglions lymphatiques de cette région. La peau, fortement distendue et amincie, était ulcérée dans un point, parsemée de quelques veines variqueuses et offrant au-dessous du diamètre transverse de la tumeur la cicatrice de la première opération. Quant à la consistance, elle était à peu près partout ferme, rénitente, élastique, surtout vers la partie interne, mais assez peu mobile en masse, moins par adhérence que par distension extrême. La sensibilité enfin était nulle sous des pressions modérées.

» Je procédai le 5 mai à l'extirpation de cette énorme tumeur, avec l'aide de MM. les docteurs Edme, Normand et Barre, et selon la méthode ordinaire de l'amputation du sein. Une anesthésie complète par le chloroforme et une énucléation assez large facilitèrent heureusement l'opération, qui dura moins de trois minutes. Il suffit ensuite de détacher des bords et du fond de la plaie quelques restes du tissu morbide, et de tordre trois ou quatre petites artères pour arrêter l'écoulement du sang et nettoyer cette vaste perte de substance, offrant 0,27 centimètres dans son diamètre vertical, et 0,25 centimètres dans son diamètre transverse. Les muscles pectoraux étaient entièrement détruits, et les troisième, quatrième et cinquième côtes, en partie découvertes, ne se trouvaient plus protégées que par leur périoste; l'une d'elles avait même subi dans un point une dépression assez marquée, comparable à l'empreinte de certaines tumeurs anévrismatiques. Les

espaces intercostaux offraient enfin des alternatives d'affaissement et de voussure, selon les mouvements d'inspiration et d'expiration.

» La plaie ne put être réunie que dans son angle supérieur à l'aide de quelques points de suture, et le reste fut rapproché, sans contact, par des bandelettes emplastiques. Un appareil simple compléta le pansement. Nul accident n'est survenu après l'opération ; la réaction fébrile a été à peine marquée; la suppuration s'est établie, et tout fait espérer une cicatrisation nouvelle qui sera peut-être définitive.

» Quant à la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société, elle représente, comparativement à la tumeur enlevée la première fois, une masse beaucoup plus considérable, pesant 2 kilogrammes 300 grammes, sans compter quelques portions isolées. Elle est formée d'une substance molle, ou matière amorphe, friable, et de couleur vitreuse, comme de la gélatine. Ce tissu, d'apparence colloïde, semble composé de cellules accolées entre elles et disposées en plusieurs lobules que séparent des cloisons incomplètes d'une texture fibreuse assez mince. L'examen microscopique, fait par M. Houel, lui a permis de constater dans le suc gélatiniforme et dans la masse elle-même, un grand nombre de globules fibro-plastiques allongés ou arrondis, avec des granules très nombreux et quelques éléments celluleux ; mais dans aucun point de la tumeur nulle trace de l'élément cancéreux. »

M. Larrey destine cette pièce, ainsi que l'autre, au musée Dupuytren.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 18 mai 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Billois, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Monod un homme, âgé de trente ans, qui est affecté d'un spina bifida. Nous transcrivons les détails principaux de cette observation.

Ce malade, d'une assez bonne constitution en apparence, n'a jamais eu d'affections aiguës graves : il a contracté à diverses époques plusieurs blennorrhagies.

Depuis trois mois environ, il est survenu des troubles notables dans les fonctions de la génération, de la miction et de la défécation.

Il éprouve des pollutions nocturnes. Tantôt elles surviennent sans que le malade en ait la sensation ou bien elles se produisent pendant

des rêves érotiques. Le matin il est fatigué, harassé. Pendant le jour, il n'a point de pertes séminales, même pendant la défécation et la miction. S'il le voulait, il pourrait encore se livrer à un coït modéré.

Les troubles de la miction sont les plus variables : tantôt il y a incontinence complète et les urines coulent aussitôt qu'il sent le besoin d'uriner; d'autres fois il sent un impérieux besoin d'uriner, mais l'urine ne peut sortir; après bien des efforts, elle est évacuée goutte à goutte ou par un mince filet, ou bien elle s'arrête brusquement. Les urines examinées ne présentent aucune trace ni de glucose ni d'albumine; par iustants, elles offrent un léger nuage, ou bien elles sont complétement claires. Le canal de l'urètre est parfaitement libre; le cathétérisme est facile, point douloureux. Point de calcul dans la vessie. La prostate, examinée par le rectum, ne présente point de tuméfaction.

Les troubles de la défécation sont un nouveau sujet de gêne pour le malade. Lorsqu'il est constipé, rien de remarquable; mais s'il a de la diarrhée, les matières fécales s'échappent involontairement sans qu'il fasse aucun effort et à plus forte raison lorsqu'il fait des efforts pour uriner. Les gaz s'échappent aussi involontairement.

Tous ces troubles dépendent évidemment d'une paralysie des organes qui traversent la région périnéale : la peau elle-même de cette région est aussi paralysée. Ainsi la peau du périnée, des bourses, de la verge, de la marge de l'anus, de la partie supérieure même des cuisses est complétement insensible aux piqûres d'épingle.

La peau du périnée est même insensible à des pointes de feu appliquées dans cet endroit dans un but thérapeutique.

Interrogé sur les causes de cette affection, le malade nous apprend que sa maladie existe depuis sa naissance, plus légère, il est vrai, que maintenant. Ainsi, il dit avoir toujours eu la vessie faible ; il se rappelle que, dans son enfance, il lui suffisait de faire une course pour mouiller sa chemise. Il y a environ quatre mois, il se livra à un coït immodéré, croyant faire disparaître par ce moyen les symptômes légers de son affection ; mais alors elle s'aggrava, et nécessita son entrée à la Maison de santé.

Le malade présente depuis son enfance, au niveau de la région lombaire, une tumeur de la forme d'un champignon, comme ratatinée, de la grosseur du poing, molle, fluctuante, non réductible, n'augmentant point par les efforts de toux ; elle est située au niveau de la région lombaire, exactement sur la ligne médiane. Le malade dit que cette tumeur n'a jamais augmenté de volume, ne s'est jamais enflammée ;

il n'a pris contre elle aucune précaution, et il était loin de se douter que cette tumeur pût être pour quelque chose dans sa maladie.

M. Guersant signale l'intérêt que présente cette observation ; elle vient, en effet, appuyer l'opinion des chirurgiens qui ne veulent pratiquer aucune opération dans le spina bifida. J'avoue, dit M. Guersant, que j'ai traité par des procédés chirurgicaux 25 malades, et 24 de mes opérés ont succombé aux accidents inflammatoires résultant de l'opération.

Aux demandes adressées par MM. Gerdy et Forget sur le traitement adopté dans le seul cas de guérison, M. Guersant répond qu'il a eu recours à la ligature.

M. Larrey. Le sujet qui vient d'être présenté à la Société de la part de notre honorable collègue M. Monod offre un cas intéressant par la persistance rare d'un hydrorachis jusqu'à l'âge adulte, sans que le développement de l'individu ait souffert, et sans qu'il ait été atteint de paralysie des membres inférieurs. C'est à cet égard que je crois devoir citer un fait à peu près semblable.

Je me rappelle avoir vu, en 1831, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Jadioux, un infirmier âgé de vingt-quatre ou vingt-cinq ans, affecté d'un spina bifida au niveau des premières vertèbres lombaires. La tumeur, du volume du poing, à parois minces, était parfaitement arrondie, non pédiculée, molle, dépressible, transparente, et si douloureuse à la moindre pression, qu'elle provoquait instantanément sous la main une réaction vive dans le cerveau, et une paralysie proportionnelle des membres inférieurs. Cet homme n'avait jamais subi d'opération chirurgicale, il se contentait de protéger sa tumeur à l'aide d'une poche de cuir solide maintenue par une ceinture, et il faisait sans fatigue son service d'infirmier.

S'il m'était permis, ajoute M. Larrey, de comparer ce fait à celui de M. Monod, aux cas si nombreux d'hydrorachis observés chez les enfants, je serais disposé à admettre la nécessité d'une extrême réserve dans la thérapeutique chirurgicale de cette grave affection, trop souvent mortelle, quoi qu'on fasse pour la guérir.

M. Lallemant a vu constamment échouer toutes les opérations tentées contre le spina bifida, et dans les cas de ce genre il se contenterait de pratiquer une compression méthodique.

M. Chassaignac reconnaît qu'il est parfaitement avéré que la vie n'est pas nécessairement compromise par le spina bifida, mais il faut avouer que la mort est la règle dans ces affections : aussi ne doit-on pas proscrire aussi positivement toute intervention chirurgicale. Les

injections d'iode lui paraissent offrir un moyen précieux. M. Velpeau en a fait une fois l'application sans déterminer d'accidents.

Une fois, dit M. Chassaignac, j'y ai moi-même eu recours avec succès.

M. Guersant dit qu'il se rappelle parfaitement avoir vu le malade opéré par M. Chassaignac.

M. Voillemier fait observer que toute la question dans la détermination à prendre vis-à-vis d'un malade affecté de spina bifida réside dans le diagnostic des lésions anatomiques. Certains spina bifida se présentent en effet dans des conditions d'extrême singularité : la moelle et les nerfs terminaux ne sont pas déplacés ; il existe un simple sac séreux en rapport avec la cavité arachnoïdienne. Alors les malades peuvent vivre, et si on les opère les chances de succès sont très belles.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Voillemier sur la difficulté du diagnostic et sur la curabilité possible de certains cas de spina bifida.

Dans le fait qui lui est personnel, le petit malade a guéri, et néanmoins l'ouverture de communication entre le sac et la cavité rachidienne était assez considérable ; il suffisait d'exercer une compression médiocre sur la tumeur pour produire des symptômes de compression. M. Paul Dubois avait eu l'intention d'opérer cet enfant, mais la nourrice n'avait pas voulu se résigner à entrer à la Clinique.

M. Voillemier n'a pas douté un seul instant que le malade de M. Chassaignac n'ait présenté un véritable spina bifida ; il a voulu seulement signaler les difficultés du diagnostic.

M. Laborie a eu l'occasion de voir un assez grand nombre de spina bifida ; il a publié un travail sur ce sujet (1). Il lui paraît bien incontestable que dans quelques cas l'opération peut être suivie de succès, mais seulement quand la tumeur ne contient pas la moelle épinière ; alors même la guérison peut être spontanée : la poche saillante s'isole, elle perd sa communication avec l'intérieur du rachis et devient un simple kyste séreux, comme on le voit dans le fait signalé par Ruisch.

Dans son mémoire, M. Laborie s'est précisément attaché à tracer les caractères du spina bifida qui peut être opéré, mettant en regard les symptômes qui contre-indiquent l'opération.

M. Boinet pense que l'iode peut toujours être employé sans danger ; il ne détermine pas en effet d'inflammation. Ainsi M. Velpeau a pu répéter quatre fois l'injection sur un malade et le guérir.

(1) Tome XIV des Annales de la chirurgie française.

M. Voillemier ne saurait admettre l'opinion de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Une brochure intitulée : *Ueber radical. Operation Beweglicher Leistenbruche*, von Dr Rothmund, Professor der Chirurgie, Director der Chirurgie Ophthalm-Klinik an der Universität zu München-Ritter, etc., etc.;

2° Les livraisons 26 et 27 du *Cours de physiologie* de M. le professeur Bérard.

— M. Robert dépose sur le bureau, au nom de M. Michaux, une note additionnelle à une communication relative à l'hématocèle, ou kystes sanguins du cou ; plus, un travail sur les résections de la mâchoire supérieure.

Ces communications sont renvoyées à la commission déjà nommée.

Correspondance manuscrite.

M. Larrey présente au nom de M. Tharsile Valette, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Metz, un mémoire intitulé : *Sur la possibilité de lier l'artère occipitale près de son origine.* (Commissaires : MM. Larrey, Maisonneuve, Voillemier.)

— M. Hervez de Chégoin adresse à la Société une lettre de remercîments, pour le titre de membre honoraire qui lui a été décerné dans la dernière séance.

— M. Maisonneuve, à propos de la correspondance, demande la parole, pour offrir, au nom de M. Thore fils, une observation de cachexie cancéreuse avec fracture du fémur.

Cette observation est accompagnée de planches. (Commissaires : MM. Deguise père, Huguier et Houel.)

Rapport sur une observation de fracture longitudinale du radius gauche, avec fracture transversale du cubitus ; luxation des deux os de l'avant-bras en avant, et par suite gangrène de la presque totalité du membre supérieur.

(Ce fait a été observé à l'hôpital d'Harcourt, canton de Brione (Eure), par MM. les docteurs Dupont, Chambellan et Désormeaux.)

M. Houel donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, l'observation sur laquelle je suis chargé de faire un rapport à la Société est malheureusement très incomplète, ce qui est regrettable, car elle touche à des points de chirurgie que je dirais volon-

tiers encore peu nombreux dans la science. Afin d'intéresser davantage ce travail, je crois devoir joindre à ce rapport un extrait assez complet de l'observation.

En voici le résumé :

Un jeune homme de dix-huit ans, exerçant la profession de tireur de sable, se laissa tomber dans une marnière, d'environ 70 pieds de haut. Retiré immédiatement, il fut apporté à l'hôpital d'Harcourt, le dimanche 1er août 1852.

A son entrée, on reconnut :

1° Une fracture du cubitus à deux travers de doigt de l'articulation cubito-carpienne, avec plaie ;

2° Une luxation en avant des deux os de l'avant-bras.

Une tuméfaction considérable de couleur rouge-brun occupait la main et l'avant-bras ; de larges ecchymoses violacées s'étendaient sur la partie interne du bras ; la température de ces parties était peu élevée. Le membre supérieur du côté opposé ainsi que la tête présentaient des contusions et quelques déchirures sans gravité. Le pouls était à 90, et le cerveau ne paraissait avoir subi aucune atteinte de cette terrible secousse. — De nombreuses sangsues furent appliquées sur le bras malade, et une petite saignée fut pratiquée.

Le lendemain, des signes de sphacèle parurent à la main et à l'avant-bras ; la température de ces parties s'était mise en équilibre avec l'air, et contrastait d'une manière remarquable avec l'ardeur inflammatoire du bras. Une forte odeur de gangrène s'exhalait du membre. Lorsque la gangrène fut limitée, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'amputation du bras fut pratiquée par M. Dupont, à peu de distance de la tête humérale, par un procédé mixte, assez incomplétement décrit dans l'observation, et qui m'a paru se rapprocher de la méthode employée par Larrey pour la désarticulation scapulo-humérale. L'os fut scié à peu près au niveau de son col chirurgical ; l'artère humérale était oblitérée au niveau de la section des parties molles. Le malade a guéri assez rapidement.

A l'examen du membre, on observe les désordres brièvement indiqués dans l'observation, et de plus une fracture longitudinale du radius, qui avait été signalée par le docteur Chambellan. Cette fracture du radius se divise verticalement de bas en haut en deux moitiés latérales, interne et externe, à peu près égales ; elle commence en bas à la surface articulaire inférieure, et remonte sur la diaphyse, jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen ; son écartement, assez considérable inférieurement, est de 3 millimètres.

Deux faits dans cette observation ont particulièrement attiré l'atten-

tion de votre rapporteur : 1° celui de la fracture longitudinale du radius; 2° la luxation des deux os de l'avant-bras en avant. Mais je me vois forcé à regret de passer sous silence la luxation du coude; elle n'est véritablement que mentionnée dans l'observation de M. Dupont; les détails, comme vous avez pu en juger par l'extrait de l'observation que je vous ai communiqué, sont trop incomplets. Il en est de même de la gangrène, qui s'est emparée de la presque totalité du membre, avec oblitération de l'artère brachiale, et du mode opératoire employé par M. Dupont. Pour entrer dans quelques détails d'appréciation, il m'aurait fallu avoir une description beaucoup plus complète de l'examen de ce membre. Mon rapport portera donc exclusivement sur la fracture longitudinale du radius, et je demanderai à la Société la permission de combler encore ici une lacune que je regrette de trouver dans le travail qui a été soumis à votre appréciation, c'est-à-dire l'état actuel de la science à ce sujet.

On est aujourd'hui généralement convenu d'appeler fractures incomplètes celles qui n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur de l'os, et, avec M. Malgaigne, j'en distinguerai deux variétés :

1° Les fissures ou fêlures des os;

2° Les fractures incomplètes proprement dites.

C'est à la première variété que se rapporte l'observation que j'ai résumée, et quoique admise aujourd'hui par tous les chirurgiens, cette fracture a certainement été jusqu'au commencement de ce siècle une des plus controversées. Je ne dirai que quelques mots seulement des fissures des os plats et des os courts, me réservant de développer avec quelques détails l'histoire de la fissure des os longs. Encore, pour cette dernière variété, il ne sera point question de celles qui sont bornées aux épiphyses seulement. M. Verneuil en a déposé dans le musée Dupuytren un très bel exemple, limité à la cupule radiale.

Les os plats paraissent avoir été les premiers sur lesquels ces fissures auraient été observées; Hippocrate les a décrites. Et parmi les os plats, ceux de la tête sont certainement en première ligne. Le musée Dupuytren en possède déjà un assez bon nombre. Ces fissures peuvent être bornées à la table interne, exemples : n°s 22, 23 et 37; ou à la table externe: n°s 17, 19 et 21. Une remarque intéressante, c'est que sur les pièces l'épaisseur de l'os est peu considérable, et par suite la couche de diploé très mince. M. Denonvilliers, en 1848, a présenté à la Société un cas de fracture incomplète du pariétal; la table interne était séparée de l'externe, et enfoncée du côté de la dure-mère.

Ces fissures incomplètes des os sont un peu plus rares pour les os

courts. On en connaît cependant plusieurs exemples. Gulliver dit qu'il existe au Collége des chirurgiens d'Edimbourg une fissure transversale de la rotule du côté de la face articulaire; M. Malgaigne, dans son *Atlas sur les fractures*, a fait dessiner un cas analogue; Paletta a vu une vertèbre troisième dorsale fissurée de haut en bas; le musée Dupuytren, pièce n° 2, et c'est principalement en vue de ce fait que j'ai consacré cet alinéa, renferme une vertèbre dont la fissure longitudinale est double de celle de Paletta. Sur cette pièce, donnée par Blandin, et décrite seulement dans la partie du catalogue publiée par M. le professeur Denonvilliers, il existe une fracture oblique consolidée du corps de la deuxième vertèbre lombaire, tandis que les corps des première et deuxième lombaires du côté du canal rachidien sont fissurés verticalement d'arrière en avant dans les deux tiers de leur épaisseur.

Mais c'est principalement à l'occasion de la fissure des os longs que la discussion a été agitée, et qu'il y a eu doute dans l'esprit de bon nombre de chirurgiens. C'est précisément un fait de ce genre dont j'ai rendu compte à la Société. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures;* M. Bouisson, dans une série d'articles publiés dans l'*Union Médicale* (1850), ont fait une bibliographie très complète des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. C'est ainsi qu'il semble résulter des textes de Galien, de Fabrice d'Aquapendente, que ces auteurs avaient déjà connaissance des fractures longitudinales des os longs ; mais on ne trouve dans leurs livres aucune description. Dès le seizième siècle, Félix Wurtz, dans sa *Chirurgie pratique*, leur consacre également un chapitre spécial, mais il ne cite également rien de particulier. En 1686, Stalpast Vanderwiel publia, sous le nom de fissure du tibia, l'histoire d'une domestique qui aurait reçu un coup de pied de cheval; la plaie cicatrisée, la douleur persista et ne céda qu'à l'opération du trépan. Duverney, à l'inverse de ses prédécesseurs, cite, lui, deux exemples de fissure des os. Dans ces deux exemples remarquables, c'était le tibia qui était le siége de la fissure. Louis, contrairement à Heister, fait observer que Heine a décrit sous le nom de fissure des os des lésions profondes, telles que, en particulier, la nécrose; et, réfutant les faits de Duverney, il ajoute que les fractures longitudinales sont impossibles. J.-L. Petit, tout en faisant une judicieuse exception au sujet de l'existence des fissures occasionnées par les balles de mousquet, nie les autres fractures longitudinales des os, par la raison, dit-il, qu'un choc capable de la produire romprait plutôt l'os en travers. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce raisonnement, en examinant les faits de M. Bouillon. Boyer et Richerand répètent les expressions de J.-L. Petit; ils font une réserve pour les balles seulement. Bécanne, en

1775 (ouvrage publié à Toulouse), cite l'exemple d'une fissure longitudinale du tibia par un coup de marteau.

Aujourd'hui l'existence de ces fractures est bien constatée, et a été observée et décrite sur la plupart des os longs. Néanmoins, Sanson, dans le *Dictionnaire de Médecine pratique*, article publié en 1832, la nie encore, sous prétexte que les fractures longitudinales des os sont des fractures obliques. Mais c'est une question qui, vu les faits nombreux et authentiques que nous possédons, ne peut être mise en doute. MM. Malgaigne et Bouisson, indépendamment des faits déjà cités, rapportent les exemples suivants : M. Jules Cloquet, à Saint-Louis, a eu l'occasion d'observer deux cas de fracture longitudinale du fémur ; Campaignac, du tibia, sur une femme âgée de trente-huit ans, et occasionnée par une chute ; Répault, une fracture longitudinale de l'humérus, sur un enfant de onze ans ; M. Debrou, une fracture longitudinale du fémur par un coup de bâton (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. 1er, p. 39). Chaussier citait dans ses leçons l'histoire d'un criminel auquel on avait fait subir la torture, et à l'autopsie on trouva au quart supérieur du cubitus une fracture linéaire (homme de quarante ans). M. Bouisson cite encore dans son travail le fait de Réné (mai 1835). Coup de couteau porté dans la cinquième côte ; perforation consécutive et fêlure parallèle à son axe. Une fracture longitudinale du second métacarpien par écrasement ; enfin une fracture longitudinale du fémur (homme de vingt et un ans).

Nous retrouvons encore dans l'*Union Médicale* deux faits. Le premier est du 22 octobre 1851, et rapporté par le docteur Celerier, médecin à Brames (Gironde) ; c'est un exemple de fracture longitudinale de la partie inférieure du tibia sur un homme de soixante-quinze ans : une barrique de vidange lui était tombée sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le deuxième fait est rapporté par M. Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, avec dessin. Il existe sur cette pièce une fracture transversale au tiers inférieur du tibia, et le fragment inférieur est longitudinalement divisé à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Enfin, les musées contiennent aujourd'hui quelques pièces relatives à ces fissures longitudinales. M. Malgaigne a publié dans son atlas une pièce déposée au Val-de-Grâce par M. Fleury ; c'est un fémur ; il existe une fissure longitudinale très étendue. Dans le catalogue de M. Ehrmann on trouve la description d'une fracture longitudinale du fémur, déposée dans le musée de Strasbourg. Dans le musée Dupuytren il existe deux exemples de ces fissures ; à savoir, la pièce nº 91 *a* et le nº 221. La première pièce, nº 91 *a*, est relative à une fissure longitudinale du radius,

siégeant sur la face postérieure de la diaphyse. Cette pièce, donnée par M. Bérard, coïncide avec une fracture transversale et par pénétration de l'extrémité inférieure de cet os; elle est sans écartement des deux bords, et d'une longueur de 2 centimètres. La seconde pièce, n° 221, donnée par Marjolin, offre l'empreinte d'une balle qui a porté sur le bord interne du tibia, à l'union de son tiers moyen avec l'inférieur; il en est résulté trois fissures linéaires très étendues.

Si nous cherchons maintenant à étudier le mécanisme d'après lequel peuvent s'effectuer ces solutions de continuité, nous verrons d'abord que la disposition fibrillaire des os longs, qui est plutôt apparente cependant que réelle, rend jusqu'à un certain point compte de la possibilité de ces fractures, et je dirai même de la facilité que les os ont à se diviser longitudinalement ou parallèlement à leurs fibres. M. Bouisson, dans son travail publié dans l'*Union Médicale*, a fait des recherches expérimentales pour arriver à la solution des causes; mais toutes ces expériences ont été faites sur des os desséchés, et auraient peut-être, par cette raison, besoin d'être reprises. Il a institué trois séries d'expériences; pour la première série, il a produit ces fractures par la percussion sur l'os à l'aide d'un corps aplati. C'est l'humérus, le radius et le fémur qui ont été percutés pour la seconde série; c'est le cubitus, le péroné et la clavicule qui ont été fracturés. Ces os ont été pris et écrasés entre les mors d'un étau. Le fait de M. Ripault et celui de la troisième observation publiée dans le travail de M. Bouisson rentrent dans ces faits. Dans toutes ces expériences. M. Bouisson a porté la percussion ou l'agent vulnérant sur la crête la plus saillante de ces os. Dans une troisième série d'expériences, la fracture a été produite par perforation. A ce fait on peut rapporter le cas de pénétration de la côte par un couteau, le corps étranger l'ayant ensuite fait éclater. Les deux premières séries d'expériences avaient donc pour but de changer la forme des os longs, qui, de prismatiques, tendaient, sous l'influence de la cause vulnérante, à s'aplatir. Ce résultat était encore favorisé par la présence du canal médullaire. Les projectiles lancés par la poudre à canon réunissent dans leur mode d'action la première catégorie de faits de M. Bouisson et la troisième, c'est-à-dire qu'ils agissent par pression et par action dédolante : aussi ces fractures ont-elles été les premières généralement admises. Mais là ne se résumerait pas le mécanisme d'après lequel peuvent se produire ces fractures. M. Laforgue a supposé que chez son malade c'était par contre-coup, dans une chute sur les pieds, que la fracture avait eu lieu, l'astragale formant un coin. Et d'après cet auteur, la fracture transversale du tibia n'aurait eu lieu qu'après la chute du malade. Pour appuyer cette opinion, M. Laforgue,

se mettant dans de meilleures conditions que M. Bouisson, a fait ses expériences sur des pièces fraîches. Après avoir amputé le membre dans l'articulation tibio-fémorale, appuyant le pied sur le sol, il plaça une traverse de bois sur l'articulation du genou, et un coup imprimé sur cette barre dans quatre circonstances détermina des fractures longitudinales du tibia. Nous manquons de renseignements sur le mécanisme d'après lequel s'est produite la fracture du radius qui fait l'objet de ce rapport. Mais ne pourrait-on pas la rapporter au mécanisme suivant : les os du poignet, faisant un coin arrondi dans l'articulation radio-carpienne, ont pu faire éclater le radius ; c'est une supposition à laquelle votre rapporteur se rangerait volontiers.

Cette observation doit encore attirer notre attention au point de vue de l'os fissuré. Presque tous les faits connus ont été observés sur le membre inférieur et se résument ainsi : six pour le fémur ; à savoir, un fait publié dans le travail de M. Bouisson, les deux cas rapportés par M. Jules Cloquet, le fait de M. Debrou, la pièce de M. Fleury, déposée au musée du Val-de-Grâce, et la pièce du musée de Strasbourg, déposée par M. Ehrmann.

Pour le tibia, le nombre en est plus considérable. Nous trouvons le fait de Becanne, de Stalpast Vanderwie, les deux observations de Duverney, de Léveillé, de Campaignac, de Marjolin, pièce déposée dans le musée de Dupuytren, de Celerier et de Laforgue ; en tout, neuf ; et j'ajouterai que le fait de Celerier est surtout remarquable au point de vue de l'âge, car le malade avait soixante-quinze ans.

Pour le membre supérieur, le nombre de ces fissures est beaucoup plus restreint, elles ne sont qu'au nombre de trois encore publiées dans la science ; celle qui fait le sujet de ce rapport constitue la quatrième. Elles se répartissent ainsi : une pour l'humérus (fait de M. Ripault rapporté par Campaignac), une pour le cubitus (Chaussier), une pour le second métacarpien ; enfin le fait de MM. Dupont et Chambellan, qui, avec la pièce de M. Bérard déjà déposée dans le musée, constituent pour le radius les deux seuls faits de fissure longitudinale que j'aie pu retrouver dans la science.

En raison des faits que je viens de vous énumérer, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remercîments aux auteurs de cette observation ;

2° De publier dans vos Bulletins un extrait de ce fait intéressant.

M. Verneuil rappelle, à propos du travail de M. Houel, qu'il a déposé au musée Dupuytren une fracture longitudinale de l'extrémité supérieure du radius. Une chute ayant eu lieu sur le poignet, le radius

avait été fracturé à sa partie inférieure, suivant le mécanisme ordinaire. A la partie supérieure, l'os présentait deux fissures étendues depuis la capsule radiale jusque près de la tubérosité occipitale ; il en résultait la formation de trois fragments continus encore par une de leurs extrémités à la diaphyse de l'os et bien isolés à la surface cartilagineuse. Le ligament annulaire intact maintenait appliquées les trois pièces osseuses, de telle sorte que l'absence de toute déformation avait fait méconnaître la lésion pendant la vie.

Cette observation est consignée avec détails dans les *Bulletins de la Société anatomique* et dans la thèse de concours de M. Jarjavay (*Fractures des articulations*).

M. Verneuil a observé quelquefois des fractures longitudinales, surtout dans les lésions par écrasement de la diaphyse des membres. Cette forme n'est pas rare ; dans de telles circonstances, il se fait un grand nombre d'esquilles qui presque toutes ont la forme de longs éclats.

Dans un cas de fracture de la diaphyse du fémur au tiers inférieur par écrasement, une longue fissure se remarquait dans presque toute l'étendue du fragment supérieur, depuis son extrémité inférieure jusqu'au voisinage du petit trochanter.

Cette fissure occupait les deux faces de la diaphyse.

M. Gerdy fait observer que, s'il est démontré par les travaux modernes que les os longs ne sont pas formés de fibres longitudinales, comme on le croyait autrefois, leur structure n'en est pas moins favorable à la production de fissures. On trouve en effet, au lieu de ces prétendues fibres, des canalicules qui sont aussi longitudinalement disposés.

M. Chassaignac a actuellement dans son service un homme qui présente un exemple de fracture longitudinale du tibia ; cette fracture a été produite dans une chute. Comme il existe une large plaie au niveau de la solution de continuité osseuse, on peut voir la fracture longitudinale qui règne environ dans l'étendue de sept centimètres.

M. Larrey fait remarquer à M. Houel que, parmi les documents historiques de son intéressant rapport sur les fractures longitudinales, il a omis de mentionner un mémoire de M. Campaignac, indépendamment de l'observation citée par lui d'après cet honorable praticien. Le savant travail de M. le professeur Bouisson a conduit M. Campaignac à faire sur le sujet étudié autrefois par lui-même de nouvelles recherches, qu'il a communiquées vers le commencement de cette année à la *Société médicale du dixième arrondissement.*

M. Robert ne conteste pas qu'il y ait des fractures longitudinales ;

mais il lui semble que, dans le cas particulier qui fait le sujet de l'excellent rapport de M. Houel, la fracture affecte plutôt la forme oblique.

M. Houel ne partage pas cette opinion.

M. Forget, après avoir demandé à M. Houel s'il a vu des exemples de fractures longitudinales affectant des phalanges, sur la réponse négative du rapporteur, dit qu'il en présentera un exemple dans une première séance. Sur un individu présentant une fracture avec plaie contuse produite par une chute sur les pieds, il dut amputer la deuxième phalange du pouce, et il reconnut que cet os était fracturé dans toute sa longueur jusque dans l'articulation avec la première phalange.

M. Larrey. « J'ai vu effectivement à la *Société médicale d'émulation*, avec M. Giraldès, la pièce anatomique à laquelle M. Forget vient de faire allusion, mais nous n'avons pas trouvé qu'elle représentât rigoureusement une fracture longitudinale de la phalange; et, d'ailleurs, les fractures des phalanges, si communes par écrasement, peuvent offrir des dispositions analogues à celle-là comme fractures articulaires, sans que l'on doive les assimiler aux fractures longitudinales de la diaphyse des os longs, celles-ci étant assez rares pour que leur existence ait été contestée pendant longtemps. »

M. Houel, dans son travail, n'a voulu s'occuper que des fractures longitudinales des os longs.

M. Giraldès a vu un cas très remarquable de fracture longitudinale du col de l'humérus : l'observation appartient à M. Smith, de Dublin.

M. Denonvilliers signale une espèce de fracture longitudinale que l'on observe quelquefois à la partie inférieure du fémur ; un des condyles se trouve séparé de l'os par une double fracture présentant deux directions se croisant à angle droit, la première, transversale, à une plus ou moins grande hauteur au-dessus de l'extrémité osseuse, l'autre, longitudinale, partant de l'espace inter-condyllaire et regagnant la solution de continuité transversale.

Quant aux fractures longitudinales des phalanges, on peut dire qu'elles sont assez communes; et dans les hôpitaux, où se rencontrent si souvent des ouvriers qui ont eu les mains saisies et écrasées par des machines, cette forme de lésion se voit assez souvent : d'ordinaire elle siége sur la deuxième phalange.

M. Voillemier croit que M. Houel pourrait peut-être rendre encore son travail plus complet en compulsant les *Bulletins de la Société anatomique*, et il y trouvera en effet quelques observations qu'il n'a pas mentionnées.

M. Huguier a trouvé un cas de fracture longitudinale affectant toute

la longueur du col du fémur. Ce fait pourrait être rapproché de celui signalé par M. Giraldès.

Les conclusions du rapport de M. Houel sont ensuite adoptées, et on vote en outre l'insertion du rapport dans les *Bulletins de la Société.*

Le vice-secrétaire de la Société, E. LABORIE.

Séance du 25 mai 1853.

Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malades.

M. BONNAFONT présente un soldat actuellement guéri d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia, ayant son siége sur le condyle externe seulement.

L'observation sera publiée dans un premier procès-verbal.

— M. HUGUIER présente un homme âgé de trente ans qui porte une énorme tumeur située dans la région cervicale, sur le côté gauche. Cette tumeur existe depuis cinq ans environ ; le malade ne sait à quelle cause l'attribuer. Il dit cependant avoir été piqué par des guêpes; mais il ne s'aperçut de la présence de l'affection que près d'un an après cet accident.

La dureté, la consistance, l'uniformité de la tumeur peuvent éloigner l'idée d'une affection siégeant dans les ganglions lymphatiques. Il paraît exister des adhérences profondes entre la tumeur et les apophyses transverses cervicales. Ainsi, il est possible de l'ébranler par des impulsions latérales, mais tout mouvement dans le sens vertical est impossible. Les muscles profonds du cou la recouvrent en partie.

M. Huguier demande à ses collègues s'il est opportun de recourir à une opération.

M. LARREY, appréciant les remarques faites par M. Huguier sur la nature de cette tumeur, et admettant qu'elle offre les caractères d'une induration fibreuse, sinon squirrheuse, est porté à croire qu'elle a une origine ganglionaire, ou qu'elle a été dans le principe une hypertrophie glanduleuse. Les cas assez nombreux du même genre observés par lui et les recherches qu'il a publiées à ce sujet (1) lui permettent peut-être d'en juger ainsi. Warren (2) et d'autres avaient d'ailleurs

(1) MÉMOIRE SUR L'ADÉNITE CERVICALE et sur l'extirpation des tumeurs ganglionaires du cou. (Mém. de l'Acad. de méd., t. XVI.)

(2) OBSERVATIONS CHIRURGICALES SUR LES TUMEURS.

indiqué déjà que les ganglions lymphatiques sont susceptibles de dégénérer en tumeurs squirrheuses et autres. Voilà pour la formation probable de celle-ci.

Pour ce qui est de son développement, de son volume et de ses rapports, elle paraît en effet s'étendre jusqu'au niveau des vertèbres, et même y adhérer. Mais on peut croire que ces adhérences ne sont pas intimes, et que ce sont plutôt des lobules ou des prolongements de la tumeur vers le rachis. Elle tend ainsi à envahir de plus en plus toute la région correspondante du cou, et à entraîner la mort par compression et asphyxie, ou par dégénérescence, et tous les accidents qui en dépendent.

M. Huguier répète qu'il a présenté son malade surtout pour prendre conseil sur la conduite à tenir. Il est effrayé d'une opération en raison du volume et des adhérences de la tumeur, qui doit englober partie ou totalité du plexus cervical.

M. Lenoir n'oserait aussi entreprendre une opération. La tumeur est profondément située, et l'on ne pourrait l'enlever que par des tractions exercées sur elle; en outre, on devrait craindre un accident terrible arrivé à Dupuytren précisément dans un cas analogue, à savoir, l'introduction de l'air dans les veines. Il est évident que la tumeur du malade de M. Huguier repose sur la colonne vertébrale et y adhère; on ne peut prévoir la nature de ses connexions avec les vaisseaux et les nerfs. L'abstention me paraît donc indiquée, dit en terminant M. Lenoir.

M. Huguier répond que, quant à présent, il est loin d'être décidé à opérer; cependant les rapports de la tumeur sont tels, qu'il ne peut avoir la crainte de voir de l'air s'introduire dans les veines. Elle est, en effet, située à une assez grande distance de la clavicule; celle opérée par Dupuytren, au contraire, était très proche de cet os.

M. Larrey, en ce qui concerne la conduite à tenir, exprime avec réserve une opinion plutôt favorable que contraire à l'opération. Il en reconnaît toutes les difficultés d'exécution et toutes les chances d'accidents, même l'entrée de l'air dans les veines, dont il a signalé quelques exemples dans son mémoire; mais il ne doute pas que la tumeur abandonnée à elle-même ne doive avoir une terminaison funeste. C'est pourquoi l'extirpation lui semble devoir être tentée avec toute la prudence que commande une opération aussi grave, d'après les résultats heureusement obtenus dans des cas aussi compliqués.

M. Boinet a eu l'occasion, il y a une dizaine d'années, d'opérer une tumeur presque aussi volumineuse, occupant à peu près la même région; elle paraissait formée de ganglions dégénérés. L'opération fut

très compliquée ; les aides, peu expérimentés, la rendirent encore plus difficile. Une artère assez volumineuse fut ouverte ; on crut d'abord à une lésion de la carotide, mais il n'en était rien. Quand ce vaisseau eut été lié à grand'peine, M. Boinet, n'osant poursuivre l'ablation totale de la tumeur, se contenta de l'étreindre fortement à sa base à l'aide d'une bonne ligature. La suppuration qui s'établit ensuite déterge complétement la plaie, et le malade guérit sans récidive. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, laisser également une partie de la tumeur, que l'on entourerait aussi près que possible de sa base avec une ligature ?

Correspondance manuscrite.

M. Giraldès dépose sur le bureau deux paquets cachetés.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure ;*

2° *Association medical journal*, may 20.

— M. Denonvilliers communique le rapport suivant :

Rapport sur les titres de M. Michaux, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'université de Louvain, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Messieurs, les titres envoyés par M. Michaux (de Louvain) à l'appui de sa candidature sont nombreux, importants et déjà connus de la plupart de vous, puisqu'ils consistent en travaux imprimés extraits des *Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. Cette dernière circonstance me dispensera d'entrer dans de trop longs détails.

Les brochures dont la Société nous a confié l'examen sont au nombre de neuf.

1° La première contient deux observations intéressantes de hernie : l'une, dans laquelle l'affection principale était compliquée d'un accident peu ordinaire, d'un abcès du sac ; l'autre, remarquable par cette circonstance, qu'il existait à la fois deux hernies, l'une épiploïque et l'autre intestinale, contenues chacune dans un sac séparé.

2° La seconde consiste en une note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur, note dans laquelle nous avons vu avec plaisir confirmés par les observations personnelles de l'auteur les résultats four-

nis par l'examen des pièces du musée Dupuytren, et signalés depuis longtemps déjà à l'attention du public par notre rapporteur.

3° La troisième contient la relation de l'extirpation d'une tumeur parotidienne pesant 1,100 grammes, opération accomplie avec hardiesse, couronnée de succès, et dont l'auteur a fait suivre le récit de réflexions judicieuses.

4° La quatrième a pour objet l'ablation heureuse d'un lipome engagé entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à une petite distance de la clavicule.

5° Dans la cinquième, M. Michaux rapporte une belle observation de déchirure de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie, qui fut suivie d'inflammation, de suppuration, et de rétrécissement si étroit que toute tentative de cathétérisme fut infructueuse. La vie du malade fut sauvegardée, et plus tard la guérison définitive obtenue par l'opération de la boutonnière, le débridement multiple des tissus indurés, le pansement avec des mèches volumineuses et l'introduction des sondes de Mayor dans l'urètre.

6° et 7°. Les sixième et septième traitent d'une affection encore peu connue (l'hématocèle, ou kyste sanguin du col), dont l'auteur cite cinq observations, en essayant d'en déterminer le siége, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

8° La huitième est destinée à faire connaître une anomalie très rare de l'artère épigastrique, qui se détachait avec l'obturatrice d'un tronc commun fourni par l'artère hypogastrique, et montait immédiatement derrière le ligament de Gimbernat, disposition qui eût exposé le sujet à une hémorrhagie fâcheuse dans le cas où, à l'occasion d'une hernie crurale, le débridement eût été pratiqué au côté interne, suivant les règles adoptées par beaucoup de chirurgiens.

9° La neuvième brochure présentée par M. Michaux est plus étendue et plus importante que les précédentes : c'est une sorte de petit traité des résections de la mâchoire supérieure, qui a d'autant plus d'intérêt pour nous que les questions qui y sont traitées ont été plus d'une fois déjà soulevées et agitées dans le sein de la Société.

Dans cet ouvrage, rédigé avec beaucoup de clarté et riche de faits, M. Michaux établit que les résections de la mâchoire supérieure sont indiquées dans deux conditions bien différentes :

1° Pour les maladies propres de cette partie :

2° Pour les maladies qui lui sont étrangères, spécialement pour les polypes naso-pharyngiens.

Examinant ensuite les médications particulières à ce dernier genre

de maladie, il arrive à cette conclusion, qu'il y a dans les faits trop de variété pour qu'on arrête un plan uniforme d'opération, et que, parmi les polypes, quelques-uns, ceux dont le lieu d'implantation est unique, assez circonscrit, accessible, et dont la forme est assez régulière et le volume médiocre, peuvent et doivent être attaqués et enlevés à l'aide de résections partielles, tandis que d'autres, placés dans des conditions différentes, implantés sur des surfaces étendues par des points d'insertion profonds, forts et multipliés, poussant des prolongements dans les cavités voisines, formés par des tissus de mauvaise nature, nécessitent l'extirpation totale du maxillaire supérieur, afin que, d'une part, on puisse atteindre et poursuivre tous leurs embranchements, et que, d'une autre part, on arrive facilement à détruire complétement leurs racines, c'est-à-dire leurs points d'implantation, et le périoste même sur lequel ils ont pris naissance.

Après avoir ainsi établi les médications dans une première partie de son opuscule, M. Michaux consacre un second chapitre à la médecine opératoire proprement dite, et se livre à un examen comparatif des méthodes et des procédés opératoires suivis dans les divers cas d'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire supérieur, examen qui nous a paru fait avec une grande connaissance du sujet, ainsi qu'avec un esprit remarquable d'impartialité.

Enfin, l'auteur termine par un relevé fort instructif de tous les cas dans lesquels il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur en totalité. Ces cas sont au nombre de quinze. Sept malades ont succombé : un seul par le fait de l'opération, avec des accidents d'infection purulente; les six autres par suite de récidives survenues plus ou moins longtemps après l'opération. Huit malades vivent encore aujourd'hui, et les guérisons datent pour deux de un an quatre et sept mois; pour deux autres de cinq ans trois mois et huit ans deux mois; pour deux autres encore de neuf ans huit mois; pour deux autres enfin, de près de treize ans.

La plupart des résections partielles ont aussi été suivies d'une guérison durable, résultat que l'auteur attribue à une excision large, suivie de la rugination et de l'application énergique du cautère actuel.

L'analyse rapide qui vient de vous être présentée suffit sans doute, messieurs, pour vous faire comprendre la valeur des titres de M. Michaux. Membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'université de Louvain, chirurgien de l'hôpital civil de cette ville, notre confrère est parfaitement placé pour exercer son esprit observateur et son génie chirurgical. Les occasions ne lui ont pas manqué, et il n'a pas manqué

aux occasions; c'est un chirurgien à la fois hardi et prudent. Le premier il a pratiqué en Belgique, dans le courant de l'année 1840, la résection du maxillaire supérieur; son nom s'est attaché déjà à plusieurs questions chirurgicales, et sa réputation s'est étendue dans le monde scientifique au delà des bornes de sa patrie. En conséquence, votre commission est d'avis de faire une réponse favorable à M. Michaux, et elle a l'honneur de vous proposer :

1° De le remercier de l'envoi qu'il nous a fait de plusieurs de ses productions;

2° De lui accorder le titre de correspondant étranger de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont adoptées; en conséquence, M. Michaux est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lectures.

M. Ferdinand Martin donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du traitement des fractures du fémur*. (Commisssaires : MM. Chassaignac, Monod, Lenoir, Robert et Denonvilliers.)

M. Lambron lit aussi un mémoire sur le traitement des fractures du fémur. (Commissaires : MM. Lenoir, Danyau, Richet.)

COMMUNICATION.

Fistules intestinales.

M. Chassaignac fait connaître à la Société quelques résultats des injections iodées dans le traitement des fistules intestinales. Deux malades ont été soumis à l'emploi de ce moyen.

Le premier est un homme de cinquante-deux ans atteint de fistule du côlon transverse à la suite d'une perforation de cet intestin dans une hernie sus-ombilicale étranglée. Ce malade paraît être en voie de guérison; toutefois, à la suite de chacune des injections faites avec la teinture d'iode et retenues dans l'intérieur du trajet fistuleux, il a éprouvé quelques accidents, mais sans gravité.

L'autre malade, qui a succombé par le fait d'une péritonite, avait une fistule du duodénum, dont le siége précis n'avait pas été diagnostiqué, quoiqu'il eût été parfaitement reconnu qu'elle dépendait de l'intestin grêle. Le caractère des excrétions dans l'un et l'autre cas ne laisse pas le moindre doute sur la question de savoir si c'est à l'intestin grêle ou au gros intestin qu'aboutit la fistule ; mais il ne saurait suffire pour préciser dans chaque intestin le point même de la perforation.

Ayant à mettre sous les yeux de la Société les pièces anatomiques

du second des cas ci-dessus mentionnés, M. Chassaignac donne une analyse succincte de l'observation de cette malade.

Elle était âgée de vingt-huit ans et fut admise à l'hôpital Saint-Antoine le 1er avril 1853.

A son entrée, on constate l'existence de deux orifices fistuleux à la paroi abdominale du côté droit. L'un est situé entre l'épine iliaque et l'anneau crural; il existe depuis cinq mois; le second est situé à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque droite, au niveau de sa partie moyenne; il livre passage à des parcelles d'aliments parfaitement reconnaissables, telles que carottes, pain, salade et produits gazeux. Cette femme était dans un grand état d'épuisement lors de son entrée à l'hôpital; on chercha d'abord à remonter ses forces avant de s'occuper des indications locales.

Le 29 avril, pendant qu'elle prenait un bain alcalin, elle fut prise d'hémoptysie.

Le 8 mai, une injection iodée fut faite dans la fistule. Cette injection fut renouvelée au bout de quelques jours.

Le 14, il y eut des vomissements et quelques signes de péritonite.

Le 15, les vomissements continuent jusqu'à trois heures de l'après-midi, puis la malade est prise d'une sueur froide et meurt le lendemain 16 mai à quatre heures du matin.

Autopsie. — Ce que cette autopsie offrait de plus intéressant avait trait à l'observation de la perforation intestinale elle-même et du trajet anormal qui conduisait au dehors les liquides intestinaux : aussi l'examen des autres viscères a-t-il été négligé, l'attention ayant été captivée par ces seules recherches; toutefois, la tuberculisation des poumons a été constatée.

La cavité abdominale étant ouverte, on trouve une inflammation générale du péritoine; les anses intestinales sont baignées par un liquide purulent renfermant un grand nombre de grumeaux blanchâtres et qui s'était accumulé en plus grande quantité dans la cavité du bassin : en ce point, on aurait pu en recueillir un verre environ.

Un stylet introduit par l'ouverture que nous avons dit exister dans le flanc droit vient faire saillie en arrière du côlon ascendant à son origine. Cet intestin étant décollé, on peut suivre le trajet fistuleux, qui remonte, d'une part, vers l'hypocondre droit, en avant du muscle carré des lombes, en arrière du côlon jusqu'au niveau de la face inférieure du lobe droit du foie; puis, se coudant une seconde fois à angle droit, va se rendre à la première portion du duodénum dans le point où l'intestin change de direction pour devenir vertical descendant. C'est là, en effet, qu'existe la perforation du tube digestif. Si l'on

presse l'estomac vers sa petite extrémité, on fait sortir les mucosités verdâtres qui s'écoulaient pendant la vie.

Ainsi donc, la forme du conduit fistuleux est celle d'un Z renversé : une première partie, horizontale, se porte de l'ouverture extérieure au côlon; une seconde, verticale, plus étendue, atteint le niveau des dernières côtes; une troisième, horizontale, se rend au duodénum. Cette ligne brisée décrit donc deux angles. De l'inférieur part un second trajet, qui, en se portant au-dessous du muscle iliaque, entre ce muscle et l'os, vient aboutir à la partie moyenne du pli de l'aine. Cette fistule n'a jamais laissé écouler que du pus en petite quantité.

On n'a reconnu en aucun point une communication de ces trajets avec la cavité du péritoine et l'épanchement de liquides qui aurait provoqué le développement de l'inflammation; il est vrai que cette communication n'a pas été recherchée avec toute l'attention désirable.

Quant à la manière dont était circonscrit le conduit pathologique aux parties qui formaient sa paroi, c'est là une question difficile à résoudre, le travail inflammatoire chronique en indurant les tissus les ayant rendus presque méconnaissables. La branche horizontale inférieure du Z était évidemment creusée obliquement dans la paroi abdominale postérieure entre les couches musculaires qui y existent. La portion verticale paraissait avoir pour siége le tissu cellulaire en arrière du côlon ascendant. Quant à la troisième partie de ce trajet, elle est creusée au milieu de tissus tellement modifiés que leur distinction ne peut être établie.

Lipome volumineux situé dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

M. Forget présente une tumeur du poids de 780 grammes qui, sous le rapport du diagnostic, offre de l'intérêt. C'est un de ces lipomes qui, par leur consistance molle, leur souplesse élastique, simulent la fluctuation.

Avant de pratiquer l'ablation de cette tumeur, dit M. Forget, je me suis posé la question d'opportunité de l'opération. En principe général, je suis d'avis qu'il n'y a pas lieu d'opérer un lipome tant que celui-ci ne produit ni une grave difformité, ni une gêne notable à l'accomplissement régulier des fonctions. Dans le cas actuel, il n'en était pas ainsi. La tumeur, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, entre la crête iliaque et le rebord des côtes, exerçait sur le foie et les autres viscères une compression pénible, qu'entretenait constamment la constriction exercée par le corset, si faible qu'elle fût; aussi la

malade accusait-elle un sentiment de malaise et d'oppression qui la détermina à solliciter l'opération.

Malgré l'existence de plusieurs autres petites tumeurs graisseuses sur d'autres parties du corps de la malade, je fis l'opération sans voir dans cette sorte de diathèse lipomateuse une contre-indication qui s'y opposât.

L'opération fut simple. Je fis une longue incision en T ; deux vastes lambeaux furent disséqués ; et, sauf quelques adhérences avec le muscle grand oblique, qui fixaient la tumeur par sa face profonde, aucun obstacle ne s'opposa à son extirpation.

Je réunis les lambeaux par quinze points de suture. Il y a aujourd'hui quatre jours que l'opération a été faite ; la réunion des lambeaux entre eux est complète dans toute leur étendue ; le fond de la plaie seul reste le siége d'une sécrétion séro-sanguine qui diminue chaque jour. Si aucune complication ne survient, la guérison me paraît assurée.

Le vice-secrétaire de la Société, A. Laborie.

Séance du 1er juin 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Guersant présente une jeune fille sur laquelle M. Huguier avait déjà fixé l'attention de la Société. Cette malade, actuellement guérie, portait dans la région hépatique une tumeur que l'on crut fluctuante. M. Guersant ayant pensé qu'il s'agissait d'une tumeur solide, a prescrit un traitement ioduré interne et externe , qui a été suivi d'un plein succès.

M. Guersant présente en outre une autre petite malade qui est atteinte d'une affection tout à fait semblable ; il se propose de suivre le même traitement.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Une brochure de M. Lambron intitulée : *Etudes sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre;*

2° Un numéro du recueil allemand intitulé : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, X Jahrgang 1853, zweiter bånd oder achtunddreissïgster band des ganzen folge, mit emer kupfertalel. Prague.

Correspondance manuscrite.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. Szokalski, sur la fracture de la clavicule par le soulèvement immédiat de l'épaule. (Commissaires : MM. Lenoir, Forget et Houel.)

M. Larrey donne en outre lecture du passage d'une lettre qui accompagne ce mémoire. L'auteur exprime d'abord le regret de n'avoir pu fournir à la Société des observations plus détaillées sur l'abrasion de la cornée; il s'empressera d'y suppléer dans l'occasion.

M. Laborie donne l'analyse suivante d'une observation d'éclampsie adressée à la Société par l'intermédiaire de M. Larrey :

Messieurs, notre confrère M. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société, nous a fait remettre une intéressante observation d'éclampsie. J'ai l'honneur de vous donner une analyse succincte de ce travail.

L'auteur commence par établir toutes les incertitudes que le chirurgien doit éprouver vis-à-vis d'une malade affectée d'éclampsie lorsque l'utérus n'a pas encore été débarrassé du produit de la conception. Il se demande à quelle conduite doit s'en remettre le praticien dans ces cas si difficiles, et après un exposé rapide des opinions diverses émises sur ce sujet, il aborde la description d'un fait qui lui est propre.

Il s'agit d'une malade d'une santé médiocre, qui, après une grossesse pénible, fut prise, vers l'époque terminale de la gestation, de violentes convulsions.

Le 19 mars, vers le milieu du jour, apparut la première attaque d'éclampsie. Deux saignées pratiquées presque coup sur coup n'enrayèrent en rien la marche des accidents convulsifs. Les accès paraissaient coïncider avec l'apparition des contractions utérines. Nous devons noter que le travail d'enfantement se manifesta dès le début de l'éclampsie; le col utérin n'était pas encore dilaté. Ce fut seulement le soir du même jour que la dilatation devenant suffisante, M. Chapel se décida à faire une application du forceps. Cette opération fut facile. L'enfant, qui se présentait par le sommet, fut retiré vivant. Immédiatement on procéda à la délivrance; aucun accident ne survint du côté de l'utérus; mais malgré la terminaison complète de l'accouchement l'éclampsie persista pendant encore plusieurs heures pour disparaître enfin. Quatre jours après la malade était en pleine convalescence.

M. Chapel, après avoir donné avec détails l'observation que nous venons de rapporter brièvement, manifeste le désir de voir la Société

de chirurgie entamer une discussion sur les indications à suivre dans les cas analogues à celui qu'il relate. Pour lui, il se range à l'opinion, qui nous paraît, du reste, la seule raisonnable, des accoucheurs qui ne veulent l'intervention de l'art pour pratiquer l'accouchement que si la nature a déjà suffisamment préparé les voies.

On ne peut contester, en effet, l'influence funeste des manœuvres dirigées sur le col utérin qui n'est ni dilaté, ni dilatable. Toute médication, quant à la déplétion de l'utérus, se borne donc à saisir le moment précis où l'intervention de l'art devient possible. Mais nous devons dire que toute la thérapeutique de l'éclampsie n'est pas bornée à cette seule indication. Beaucoup de moyens ont été indiqués et mis en pratique avec plus ou moins de succès. Sans nous étendre sur ce sujet plus longuement, rappelons que des accoucheurs de grand mérite ont insisté sur l'emploi des antiphlogistiques, des révulsifs, des anesthésiques, des purgatifs, de l'émétique, etc., etc... C'est l'étude et l'application de ces divers traitements qui offriraient, suivant nous, le sujet d'un important travail. Nous terminerons en engageant notre laborieux confrère à s'occuper de cette question, et alors la Société pourrait, avec fruit, prendre une part dans la discussion que ne manquerait pas de soulever un mémoire plus complet.

Nous proposons, dit M. Laborie :

1° D'adresser à M. Chapel une lettre de remercîments pour sa communication ;

2° D'insérer dans les Bulletins une analyse de son observation. (Adopté.)

M. Larrey a reçu une nouvelle communication de M. Chapel. Il s'agit encore d'une malade qui, parvenue au terme régulier de la grossesse, fut prise d'éclampsie. Après avoir pratiqué sans succès la saignée et employé des révulsifs, on put terminer l'accouchement. On amena un enfant vivant qui se présentait par le siége ; il ne vécut que vingt-quatre heures. Quant à la femme, malgré la déplétion de l'utérus, les accidents persistèrent, et elle succomba dans la journée.

M. Laborie fait remarquer combien cette deuxième communication démontre la nécessité de chercher à combattre l'éclampsie par d'autres moyens que par l'accouchement artificiellement terminé.

— A propos de la correspondance, MM. Larrey et Marjolin demandent la parole.

M. Larrey, pour remettre un travail imprimé sur l'emploi du chloroforme dans les maladies des yeux. Nous en transcrivons le titre :

Uber die anwendung der chloroformis bei angenoperationir ; ein

sendschreiben an den Herrn professor D. Van Roosbroëck in gent. Vor d[r] J. C. Jungken. (Renvoi à l'examen de M. Debout.)

M. Marjolin, pour remettre également un mémoire imprimé intitulé :

Aneurysma des arteria glutæa underbindung des arteria iliaca communis;

Aneurysma per arteria ulnaris unterbindung dersilben;

Aneurysma der arcus volaris durchneidung dersilben; von C.-W.-F. Uhde. (Renvoyé à l'examen de M. Broca.)

Rapport.

M. Forget donne lecture d'un rapport sur deux communications de M. Dufresse-Chassaigne, l'une relative à une observation de tumeur enkystée du sein droit, l'autre relative à une observation de polype du rectum, avec pièces pathologiques à l'appui.

Sur la proposition de M. Forget, il est décidé que la partie seule du rapport relative à un polype du rectum serait insérée dans les Bulletins de la Société. Nous transcrivons donc cette partie ; l'autre sera déposée aux archives avec les observations de M. Dufresse.

Deux observations de polypes du rectum, dit M. Forget, ont été adressées à la Société par M. Dufresse-Chassaigne (de la Charente).

Cette maladie, peu étudiée jusqu'en ces derniers temps, exige, pour que son histoire puisse se compléter, qu'on ne néglige aucun des faits nouveaux qui se produisent dans le champ de la pratique.

Les polypes du rectum observés par notre honorable confrère furent trouvés, l'un sur un jeune garçon de quatorze ans, l'autre sur un enfant de deux ans. Voici le résumé succinct de ces deux observations.

Obs. I. — *Polype du rectum chez un jeune garçon âgé de quatorze ans.*

Le polype, du volume d'une cerise, fut trouvé à 2 centimètres au-dessus de l'anus; il pendait à un pédicule de 3 centimètres de longueur sur 2 millimètres de diamètre. Chaque fois que l'enfant allait à la selle il se faisait un écoulement de sang; aussi était-il pâle et très affaibli. M. Dufresse ramena la tumeur à l'extérieur, passa un fil double dans l'épaisseur du pédicule, qu'il étreignit de la sorte par une double ligature, puis il le coupa en dessous de celle-ci. Un peu plus tard, les fils furent entraînés avec les matières fécales. Aucun écoulement de sang ne se manifesta désormais à la suite des garde-robes.

Il est à remarquer que depuis sa guérison le jeune garçon a repris de la vigueur et de la force.

OBS. II. — *Polype du rectum chez un enfant de deux ans.*

Chez cet enfant, âgé de deux ans, fort, bien constitué, et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garde-robes, M. Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette, violacée, et d'une consistance qui ne permettait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane muqueuse. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où elle adhérait, M. Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la tumeur, qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de son pédicule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment l'enfant n'a présenté aucun accident.

Quelle était la nature de ces deux polypes? D'après la description assez détaillée qu'en a donnée l'auteur, il est vraisemblable que l'un et l'autre appartenaient à la variété de ces tumeurs qui ont été décrites sous le nom de polypes charnus, d'abord par M. Gigon (d'Angoulême), dans un excellent mémoire qui fut l'objet d'un très bon rapport, lu à l'Académie de médecine en 1849 par M. Hervez de Chégoin, et un peu plus tard par M. Bourgeois (d'Etampes), dans un travail inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique.*

« Encore attaché à son pédicule, dit M. Dufresse, le polype (du jeune » garçon de quatorze ans) était d'une consistance assez ferme, pouvait » supporter une assez forte pression sans s'écraser; il était composé » de lobes inégaux, séparés les uns des autres par du tissu cellulaire, » ce qui donnait à sa surface un aspect bosselé et inégal; son tissu, de » consistance et d'aspect charnus, était couleur rose très clair. » Le pédicule paraissait de même nature : dense, susceptible d'une assez grande résistance, il offrait à son centre un trou dans lequel on aurait pu faire pénétrer une aiguille fine. Ce trou parut à l'auteur, et nous ne voyons pas de raison de rejeter sa manière de voir, l'orifice du vaisseau nourricier qui conduisait le sang à la tumeur.

Chez le petit malade âgé de deux ans, le polype était d'un tissu plus mou, plus friable; il offrait une coloration d'un rouge plus foncé, et, pour me servir du langage de l'auteur, il était *gorgé de sang ;* sa forme était celle d'un champignon; le pédicule s'insérait au centre de sa face concave; la face convexe, comme cela a été noté dans l'observation, présentait des inégalités dues à l'existence de plusieurs lobes distincts, séparés par de petits sillons.

Contrairement à l'assertion de M. Gigon, qui compare ces polypes charnus à une cerise dépouillée de son épiderme, et qui attribue le suintement sanguinolent qu'ils déterminent à l'absence de l'épithélium

muqueux à leur surface, M. Dufresse prétend avoir trouvé dans les deux cas qu'il a observés une membrane d'enveloppe commune à la tumeur et à son pédicule, et qui semblait se continuer avec la membrane muqueuse du rectum. Déjà M. Brun, qui a fourni trois observations au mémoire de M. Gigon, avait signalé l'existence de cette membrane d'enveloppe. Pour ma part, ayant eu occasion de disséquer une semblable tumeur, je me suis assuré qu'elle était réellement revêtue d'un tissu muqueux très fin, très adhérent, s'étendant à toute sa surface, sauf quelques points d'une coloration rougeâtre, d'un aspect chagriné, où ce tissu avait été détruit par ulcération.

On peut donc admettre que dans cette variété de polypes du rectum qui constitue l'hypertrophie partielle ou générale des divers éléments anatomiques de la membrane muqueuse de l'intestin, la tumeur n'est dépourvue d'un tissu tégumentaire qu'autant que celui-ci a été désorganisé et détruit, soit par l'extension du travail ulcératif, soit par les pressions exercées sur le polype par les matières fécales, et par la contraction du sphincter quand le malade va à la garde-robe. Tels étaient vraisemblablement les polypes décrits par M. Gigon, et ainsi s'explique la contradiction plus apparente que réelle qui sous ce rapport existe entre lui et d'autres observateurs; c'est même, suivant moi, l'existence de ce tissu muqueux et son intégrité à la surface des polypes qui expliquent comment, dans quelques cas, ils n'ont pendant longtemps donné lieu à aucun écoulement sanguin. Ce n'est que plus tard, lorsque ce tissu s'altère, se déchire, que les vaisseaux sanguins qui en forment la trame sont érodés, perforés, que le sang s'écoule pendant ou après l'acte excrémentitiel. Le même phénomène s'observe dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales ulcérées, qui ne sont pas sans quelque analogie avec ces polypes charnus, et on le retrouve surtout pour les polypes des autres cavités, du pharynx, des fosses nasales, et surtout de l'utérus, à la surface desquels on voit le sang sourdre et s'écouler, si on excise l'enveloppe extérieure qui les revêt, ou si elle s'est spontanément ulcérée.

En insistant sur les caractères anatomiques des deux polypes dont il nous a donné l'observation, M. Dufresse se demande si ce sont bien des produits morbides semblables qu'a eus en vue M. le professeur Stoltz dans un mémoire publié (*Gazette médicale de Paris*, 1842) peu de temps avant celui de M. Gigon (d'Angoulême).

Il n'est pas douteux que les observations du professeur de la Faculté de Strasbourg ne diffèrent beaucoup, sous le rapport anatomique, de celles qui font le sujet du travail de M. Gigon, de celles que de son côté M. le docteur Bourgeois (d'Etampes) a insérées dans le *Bulletin*

général de thérapeutique, et enfin d'un fait identique observé par le docteur Pousin (de la Charente-Inférieure), et qui se trouve consigné dans le même recueil. Les polypes observés et décrits par M. Stoltz sont de nature muqueuse, formés, comme il le dit lui-même, par la *membrane muqueuse étranglée, boursouflée;* si bien qu'on serait tenté, en lisant le description qu'il en donne, de voir dens ces tumeurs des exemples de procidence partielle et circonscrite de la muqueuse intestinale, plutôt que de véritables polypes.

La diversité, au surplus, de ces productions pathologiques est la conséquence de la variété des éléments anatomiques qui entrent dans la structure du rectum, celles-ci étant dues à l'hypertrophie, soit générale, soit partielle, de ces derniers. Ainsi, en considérant avec attention les observations nombreuses qui depuis quelques années ont figuré dans les recueils périodiques, on verra que la plupart des polypes décrits par les auteurs classiques peuvent prendre naissance dans le rectum.

Ce sont, en procédent du simple au composé :

1° Des polypes muqueux, produit de l'hypertrophie des couches superficielles de la membrane muqueuse, ayant toujours une implantation circonscrite et peu profonde, et se reproduisant rarement après qu'ils ont été arrachés.

D'après les recherches auxquelles s'est livré notre collègue M. Verneuil, ces polypes sont peu vasculaires ; ils offrent un épithélium à leur surface, puis une trame sans structure régulière, manifeste, à peine y trouve-t-on quelques fibres de tissu cellulaire au milieu d'une masse de tissu amorphe.

2° Des polypes charnus, sarcomateux, vasculaires, toutes dénominations qui s'expliquent par la prédominence de tel élément sur tel autre; polypes provenant de l'hypertrophie de toute l'épaisseur de la membrane muqueuse avec ses vaisseaux et ses glendes. Tissu celluleire, vaisseaux nombreux, tissu fibroïde ou élément fibro-plastique, couche épithéliale à la surface, telles sont les diverses parties qui constituent ces polypes.

C'est à ces deux variétés, et notamment à la dernière, que nous semblent se rapporter les deux observations que vous a adressées M. Dufresse, comme aussi, pour le plupart, celles de MM. Gigon et Bourgeois que j'ai rappelées plus haut.

3° Des polypes kystiques dus à une hypertrophie glandulaire. Les follicules de l'intestin s'oblitèrent, se transforment ainsi en kystes qui, en prenant de l'accroissement, se pédiculisent. Ces polypes sont le plus souvent multiples.

Notre honorable collègue M. Robert a opéré, dit M. Verneuil dans une note qu'il a bien voulu me remettre sur ce sujet, une jeune fille qui portait aux mains une vingtaine de ces petits polypes, bien isolés, globuleux, du volume d'un gros grain de groseille et même encore plus considérables. Ces tumeurs paraissaient être recouvertes par la membrane muqueuse.

4° Aux trois variétés de polypes du rectum qui précèdent il faut encore en ajouter une autre qui comprend les polypes fibreux.

L'origine de ces polypes n'est pas la même, et leur développement s'effectue différemment.

A. *Polype fibreux.* — Produit de l'hypertrophie, ou mieux émanation du tissu fibreux sous-muqueux, ce polype appartient en propre à l'intestin. Son insertion est profonde, assez large; son tissu est dur, résistant, criant sous le scalpel; il s'accroît lentement; la membrane muqueuse le revêt extérieurement.

Dans cette variété de tumeur, la couche musculeuse ne semble pas prendre part à sa formation; mais quelquefois elle est elle-même entraînée.

B. *Corps fibreux du rectum.* — Développée en dehors du rectum, dans la cloison recto-vaginale, la tumeur se porte du côté de l'intestin, se coiffe pour ainsi dire de toutes ses tuniques qu'elle entraîne, se formant de la sorte un pédicule très complexe anatomiquement.

Le corps fibreux peut aussi prendre naissance dans l'épaisseur de la paroi du rectum; tumeur interstitielle dans l'origine, elle ne tarde pas à se pédiculer par un mécanisme bien facile à comprendre. L'exemple le plus évident de cette forme de polype est celui que j'ai moi-même publié dans le *Bulletin général de thérapeutique* (année 1843, t. XXIV, p. 454); voici l'analyse de ce fait.

Corps fibreux du rectum. — Excision. — Guérison.

Une jeune fille, âgée de vingt ans, portait appliquée contre l'anus une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, dure, rénitente et offrant la coloration rouge de la membrane muqueuse sous laquelle elle paraissait située. Cette tumeur, mobile, se continue à l'intérieur de l'intestin par un pédicule mou, aplati, de la grosseur du petit doigt, ayant deux pouces de longueur, et adhérant par continuité directe du tissu muqueux à la paroi antérieure du rectum. Cette tumeur fut enlevée par excision.

Elle était formée d'un tissu ferme, résistant, analogue, par son aspect et sa structure, aux corps fibreux de la matrice. Comme cela s'observe fréquemment pour ces derniers, je trouvai dans son épaisseur

plusieurs petites cavités remplies de sang. Ce corps fibreux était placé sous la membrane muqueuse du rectum, qu'il paraissait avoir refoulée au-devant de lui ; de sorte que le prolongement de celle-ci, qui formait le pédicule, ressemblait assez bien à un doigt de gant plissé dans le sens de sa longueur, et dans lequel on eût introduit un corps étranger de forme arrondie. Le corps fibreux adhérait intimement à la membrane muqueuse par son extrémité la plus déclive ; dans le reste de son étendue, il s'y rattachait au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche.

— Cette observation terminera ce que j'avais à dire de la nature et du développement des polypes du rectum. Je n'ai pas eu la prétention d'en écrire l'histoire complète ; j'ai voulu seulement grouper les faits que l'observation a recueillis jusqu'à ce jour, appeler l'attention sur les diverses formes sous lesquelles ils se sont présentés, dans la pensée qu'avec les éléments que nous possédons il serait possible de donner de ces productions morbides une classification plus rigoureuse, plus anatomique, et par conséquent d'en mieux assurer le pronostic et le traitement.

Quant aux détails que ce dernier comporte, je ne puis m'y arrêter en ce moment. Je n'insisterai donc pas sur les indications particulières qui découlent de la nature propre à chacune des tumeurs que j'ai énumérées ; un praticien exercé les saisira sans peine. Je me bornerai seulement à rappeler que, quelle que soit la variété de texture de ces différents polypes, ils offrent tous un caractère commun plus ou moins prononcé et propre à les différencier des polypes des autres cavités, caractère qui dérive de la disposition de l'organe où ils ont pris naissance, et qui est d'être éminemment vasculaire ; et, sous ce rapport, ces tumeurs rentrent sous l'empire d'une loi générale de pathogénie qui veut que les productions morbides participent des qualités anatomiques et vitales des organes au sein desquels ils se développent. Cette considération a une importance majeure, en ce qu'elle influe directement sur le choix des méthodes de traitement à mettre en usage.

Là, comme pour les autres polypes, trois moyens peuvent être tentés : la cautérisation, l'excision et la ligature.

Avec M. Velpeau (voir *Gazette des Hôpitaux*, août 1847), nous pensons que la cautérisation est un mauvais moyen, parce qu'il est difficile de limiter l'action du caustique au pédicule de la tumeur et d'empêcher qu'elle ne s'étende loin sur la paroi du rectum. L'excision serait, sans contredit, plus expéditive ; mais cette opération, pour les raisons de structure que nous avons indiquées, n'est guère applicable aux polypes du rectum. Il ne reste donc plus que la ligature ; c'est en

effet elle seule qui puisse convenir dans la généralité des cas, et c'est elle qui doit être admise comme méthode générale.

Nous approuvons donc notre confrère M. Dufresse d'y avoir eu recours, et nous vous proposons :

1° De déposer dans vos archives l'observation de tumeur du sein ;

2° De publier dans vos *Bulletins* les deux observations de polype du rectum.

Discussion.

M. Robert fait remarquer qu'il manque à l'observation de M. Dufresse un élément essentiel, l'examen microscopique. J'ai eu des occasions nombreuses, dit M. Robert, de voir des enfants affectés de ces prétendus polypes du rectum; j'ai examiné les tumeurs au microscope, et je les ai fait examiner par MM. Lebert, Robin, Verneuil, toujours il y a eu sur l'appréciation de la nature de ces tumeurs une entente parfaite : elles étaient manifestement produites par des hypertrophies glandulaires. Je pus enlever à une même époque une petite tumeur développée sur la muqueuse buccale, et, en comparant ces deux tumeurs qui différaient par le siége, on put reconnaître qu'elles étaient parfaitement semblables quant à leur structure.

J'ai aussi à dire quelques mots sur la citation que M. le rapporteur a faite relativement à moi.

J'ai opéré, il y a peu de temps, deux enfants, l'un âgé de seize ans, l'autre de quinze ans, qui présentaient de ces productions dans le rectum. Leur présence avait déterminé des accidents très graves, des hémorrhagies inquiétantes; la constitution en était fortement altérée.

La muqueuse du rectum présentait une quantité considérable de ces tumeurs, variant à l'infini de forme et de volume, rouges, violacées, pédiculées ou non pédiculées, offrant des différences de volume depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'une petite noix.

Le traitement a été très long : j'ai dû enlever successivement et lentement toutes les tumeurs, tantôt en les écrasant, tantôt en les arrachant, tantôt en les liant. L'examen microscopique a fourni constamment les mêmes résultats : jamais je n'ai trouvé de kyste ou de cavité dans l'intérieur des tumeurs.

M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, a aussi rencontré souvent ce genre d'affection. Il est rare que l'année se passe sans qu'il s'en présente à son observation huit ou dix cas. Constamment aussi il a reconnu que ces tumeurs étaient formées par une hypertrophie glandulaire. Il les traite par la ligature. Une seule fois il fit l'excision, il y eut une hémorrhagie.

Les symptômes déterminés par la présence de cette affection en imposent souvent aux parents et même aux médecins. Plusieurs fois on a présenté à M. Guersant des petits malades qui offraient ce genre de tumeur et que l'on croyait atteints de dyssenterie. La guérison est constante après l'opération; il n'y a pas de récidive.

M. Robert, à propos de la communication de M. Dufresse relative à une observation de kyste du sein, approuve la réserve de M. Forget, qui n'a pas voulu se prononcer sur la nature de ce kyste. On trouve quelquefois ces kystes d'apparence bénigne compliqués de cancer.

J'ai vu il y a dix ans, dit M. Robert, une malade qui présentait aussi une tumeur du sein, que je reconnus être formée par un kyste. Depuis dix ans, il existait dans l'aisselle un ganglion engorgé, indolore, que j'attribuais aux fatigues de plusieurs allaitements.

Je me décidai à inciser largement le kyste; il sortit de la sérosité limpide, citrine. Je voulus faire suppurer; la suppuration qui se fit était fétide. Je cautérisai : rien ne put faire cicatriser la plaie; il se forma des indurations, il y eut des douleurs lancinantes; j'enlevai le tout, et on reconnut qu'il existait des cellules cancéreuses dans les parois du kyste.

J'étais inquiet sur ce qui arriverait vers le ganglion axillaire; la plaie se cicatrisa bien; mais, comme je le craignais, le cancer se montra dans l'aisselle, et trois fois je dus attaquer des récidives. Enfin, la malade mourut.

Il y a deux ans, M. Cruveilhier donnait ses soins à une vieille gouvernante qui portait une tumeur du sein prétendue fibreuse : c'était encore un kyste; ce kyste s'ouvrit seul. M. Cruveilhier m'envoya la malade. L'ouverture était restée fistuleuse, le trajet saignait facilement. Je voulus, pour amener la guérison, ouvrir largement et faire suppurer. Comme dans le cas précédent, nous eûmes suppuration fétide, indurations, etc. J'enlevai la totalité du sein : on reconnut aussi des cellules cancéreusees. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

On voit donc dans ces deux cas des kystes de l'apparence la plus simple être cependant compliqués de cancer. La malade de M. Chassaigne a présenté les mêmes phases que mes malades : on a dû enlever la tumeur. Etait-ce bien un kyste? Là aussi l'examen microscopique manque malheureusement.

M. Chassaignac rappelle que ces kystes, contenant dans leurs parois des éléments cancéreux, ont été déjà signalés et entre autres fort bien étudiés par Dupuytren. Néanmoins ces cas ne laissent pas que de surprendre; pour son compte, il a pu en observer deux exemples.

Il y a longtemps, dit M. Chassaignac, remplaçant Breschet à l'Hôtel-

Dieu, je fus consulté par une femme qui portait une tumeur du sein; une ponction exploratrice indiqua qu'il s'agissait d'un kyste. Il sortit un liquide citrin. Je me proposais, quelques jours après, de faire une injection iodée; la malade ne revint qu'après un assez long temps, et la tumeur avait l'aspect d'un cancer. Je l'enlevai, et je trouvai en effet un cancer.

Il y a six mois, je vis une autre femme offrant une fistule du sein avec empâtement globuleux; par l'orifice fistuleux sortait un liquide très limpide; il y avait un ganglion dans l'aisselle, que j'enlevai avec le sein : je trouvai également l'élément cancéreux.

M. Chassaignac, frappé de ces faits, s'est demandé s'il n'y aurait pas une disposition anatomique qui expliquerait la présence de ces kystes coïncidant avec le développement du cancer. Il lui paraîtrait que derrière la glande existerait une bourse muqueuse qui, probablement sous l'influence du surcroît de vitalité imprimée par la présence de la production morbide nouvelle, serait susceptible de présenter une hydropisie analogue à celle que l'on rencontre sur d'autres bourses muqueuses. En se développant, le kyste se coifferait pour ainsi dire de la partie cancéreuse, qui formerait ainsi corps avec sa paroi externe.

Pour apprécier l'existence de cette bourse muqueuse, M. Chassaignac a procédé de la manière suivante : il a fait de haut en bas une longue incision verticale divisant la totalité du sein et plongeant jusque sur la paroi thoracique. Une fois cette coupe faite, il lui a paru qu'en arrière de la glande se trouvait entre elle et les muscles pectoraux un espace limité, lisse, offrant tout à fait l'aspect d'une cavité naturelle.

M. Giraldès ne nie pas qu'accidentellement il puisse se rencontrer une bourse muqueuse derrière la glande mammaire; mais, sans contredit, ce n'est pas là un fait d'anatomie normale. Voici, en effet, quelle est la disposition de la région rétro-mammaire : de la clavicule à laquelle il adhère descend un feuillet du *fascia superficialis*, qui, au niveau de la glande, se divise en deux lames, dont l'une passe derrière cet organe et l'autre en avant, formant ainsi un véritable ligament suspenseur qui ne permet pas au sein de se déplacer en bas; derrière le feuillet profond se trouve un tissu cellulaire lâche, lamelleux, présentant une grande richesse de vaisseaux lymphatiques : c'est cet espace que M. Chassaignac a trouvé en pratiquant la coupe verticale qu'il a décrite. Quant aux causes qui rendent si facile la formation des kystes mammaires, il faut les chercher dans un autre élément anatomique : ce sont, le plus souvent, des dilatations des vaisseaux galactofores, dilatations qui peuvent acquérir une dimension considérable. En

même temps que se fait l'ampliation de ces vaisseaux, la muqueuse qui les tapisse prend des caractères nouveaux : elle se vascularise d'une façon très remarquable et devient comme fongueuse ; cette disposition a été fort bien décrite par Brodie en 1824. Si on ouvre ces kystes, on voit arriver précisément ce qui a lieu quand on ouvre les bourses muqueuses : la surface interne du kyste sécrète une matière mucoso-purulente ; elle se boursoufle, et la cicatrice ne se fait qu'à grand'peine.

M. Chassaignac, dans les recherches auxquelles il s'est livré, s'est bien attaché à ne produire aucun déchirement, et cependant il est certain d'avoir rencontré un espace parfaitement limité qui lui a paru normal. Du reste, M. Chassaignac est loin de prétendre que ce doive être là une disposition constante : il fixe l'attention de ses collègues sur ce point d'anatomie topographique.

M. Forget ne met pas un seul instant en doute la coïncidence possible du cancer et des kystes mammaires : c'est là un fait parfaitement acquis à la science et signalé avec le plus grand soin par A. Cooper. Seulement dans le rapport, dit M. Forget, j'ai voulu faire ressortir ce qui m'a frappé dans l'observation de M. Dufresse; peut-être l'auteur a-t-il été trop pressé d'enlever la tumeur? Un traitement plus prolongé aurait peut-être amené la cicatrisation de la plaie résultant de l'ouverture du kyste. La présence du cancer dans la tumeur ne me paraît pas suffisamment démontrée. La présence d'un ganglion axillaire ne saurait être considérée comme une preuve irrécusable de la complication cancéreuse.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 8 *juin* 1853.

Présidence de M. Guersant.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Broca demande la parole pour ajouter quelques observations à ce qui a été dit sur les kystes du sein. En outre des variétés signalées dans la dernière séance, M. Broca en rappelle une forme particulière qu'il a décrite dans son travail sur le cancer. Dans ces cas, les kystes succéderaient à des foyers sanguins ; il a pu saisir toutes les phases de ces transformations, et il les a fait voir à la Société anatomique.

M. Roux, également à propos des variétés des kystes du sein, dit

qu'il a enlevé, à dix ans d'intervalle, les deux seins d'une malade qui présentait de volumineuses tumeurs mammaires.

La même lésion se retrouvait sur ces deux seins ; elle était constituée par des kystes multiples contenant dans leur intérieur un liquide noirâtre offrant l'aspect de la matière mélanique.

Depuis, cette femme a succombé à une affection de l'ovaire.

M. Michon, qui a vu cette malade dans les derniers moments de sa vie, a pu procéder à son autopsie. Elle avait survécu douze ou quinze ans encore après la dernière opération pratiquée par M. Roux. Elle présentait, en effet, une affection de l'ovaire, plus des pierres utérines ; et en outre, sous une des cicatrices résultant de l'amputation du sein, on retrouva quelques-uns de ces kystes signalés par M. le professeur Roux.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° La *Revue thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel, tome IV, 30 mai ; *Association medical journal*, mai ;

2° Les thèses du concours de l'agrégation :

De M. Broca, *sur l'étranglement dans les hernies abdominales et des accidents qui peuvent le simuler;*

De M. Desormeaux, *sur le traitement des kystes de l'ovaire ;*

De M. Blot, *sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

3° M. Marjolin a reçu une lettre de M. Fleming, chirurgien de l'hôpital de Richmont (de Dublin), qui adresse une demande pour être nommé membre correspondant.

M. Fleming fait remettre sur le bureau trois brochures dont suivent les titres :

Notes on the urinary diseases and morbid conditions of the urine in children ;

On Inflammatory and other affections of the tongue ;

Remarks on the application of chloroform to surgical purposes.

4° M. Marjolin communique encore une lettre adressée à la Société par le docteur Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richmont, qui demande le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse deux brochures :

Essay on syphilitic sarcocele;

Observations on the symptoms resulting from an undescended testicule.

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen de M. Giraldès.

5° M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Reverdit, médecin à Thouars (Deux-Sèvres), ex-chirurgien aide-major et lauréat des hôpitaux militaires. Ce mémoire est intitulé :

Fracture non consolidée du fémur. — Résection des fragments. — Guérison. — Pièces pathologiques à l'appui.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Follin, Gosselin.

6° Trois lettres avec demandes de congé, par MM. Denonvilliers, Verneuil et Morel-Lavallée.

Rapport sur un cas de mort par le chloroforme.

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur VALLET, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

Commissaires : MM. LARREY, DENONVILLIERS et ROBERT, rapporteur.

M. ROBERT donne lecture d'un rapport sur ce sujet.

Messieurs,

Le public médical s'est récemment ému à l'annonce d'un nouveau cas de mort subite causée par le chloroforme. Le fait s'était passé à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sous les yeux du chirurgien en chef de cet établissement, homme de savoir et d'expérience. La science en attendait impatiemment les détails, lorsque le 17 février 1853, M. Vallet a bien voulu les adresser à la Société de chirurgie.

Chargé, avec MM. Larrey et Denonvilliers, de vous en rendre compte, je vais d'abord vous le rappeler succinctement.

Un soldat du 27ᵉ de ligne, âgé de vingt-cinq ans, fut admis à l'hôpital en décembre 1852, pour se faire enlever deux petits kystes placés, l'un dans l'épaisseur de la joue gauche, au voisinage du conduit de Sténon, l'autre derrière la commissure labiale droite, et faisant saillie dans la cavité buccale. L'ablation de ce dernier avait été faite six mois auparavant, d'une manière incomplète, dans un autre hôpital. Peu de temps après la cicatrisation de la plaie, la tumeur s'était reproduite ; elle offrait alors le volume d'une amande.

Ce jeune homme paraissait d'une forte constitution, et ne semblait atteint d'aucune affection de nature à contre-indiquer l'emploi du chloroforme, qu'il demandait d'ailleurs avec instance, ayant déjà été soumis à son action.

Le 20 décembre, M. Vallet procéda à l'opération en présence de plu-

sieurs de ses collègues et des élèves de l'hôpital. Le malade, complétement à jeun, couché horizontalement, la tête légèrement relevée, fut soumis aux inhalations anesthésiques. Une éponge formant un cône creux, selon le procédé de M. Simpson, et imbibée d'un gramme de chloroforme, fut présentée par le chirurgien lui-même, d'abord à distance de l'ouverture des narines, puis graduellement rapprochée, avec la précaution de laisser continuellement la bouche entièrement libre et ouverte.

Au bout d'une minute, le malade n'exprimant aucune répugnance, 4 grammes environ de chloroforme furent versés sur l'éponge, et à peine quatre minutes s'étaient écoulées que le patient, sans avoir éprouvé aucun signe d'irritation du larynx, sans avoir manifesté aucune résistance, sans rougeur du visage, et après une légère période d'agitation, tomba dans un état d'insensibilité qui parut indiquer le moment favorable pour commencer l'opération. En cet instant la respiration paraissait s'exécuter d'une manière naturelle; l'état du pouls ne fut point constaté. A peine la petite incision nécessaire pour mettre à découvert le kyste de la joue, par lequel M. Vallet avait cru devoir commencer, était-elle terminée, que le malade pâlit, que la respiration parut se suspendre. Le pouls, en ce moment, était d'une faiblesse extrême.

L'opération est aussitôt interrompue et le malade reçoit les soins les plus actifs et les plus empressés. La position horizontale est augmentée; l'air est renouvelé; on a recours aux aspersions d'eau froide, aux inspirations de substances irritantes, aux frictions de toute nature, aux pressions alternatives sur les parois du bas-ventre et sur les côtés du thorax. On introduit de l'air de bouche à bouche pendant que la langue, saisie à sa pointe, est portée de côté. On pratique ensuite des insufflations pulmonaires au moyen d'une sonde. Tous ces moyens n'ayant fait obtenir que de rares inspirations, M. Vallet pratique la bronchotomie et introduit dans la trachée artère une sonde avec laquelle des insufflations d'air sont faites doucement et alternativement. Après quelques minutes de toutes ces tentatives infructueuses, un courant électrique fut établi à l'aide d'aiguilles enfoncées dans la région du cœur. Des contractions furent déterminées dans cet organe et dans les muscles extérieurs; mais on n'obtint aucun signe de vie.

L'autopsie cadavérique ne put être faite que quarante-huit heures après la mort.

Autopsie. — Le corps présente à l'extérieur une décoloration générale; il existe de la rigidité dans les membres.

1° *Tête.* — L'incision des téguments laisse à peine écouler un peu de

sang. Les sinus de la dure-mère sont presque vides, ainsi que les veines qui rampent à la surface du cerveau. La substance cérébrale est assez ferme, et, coupée par tranches, elle ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

2° *Poitrine.* — La trachée n'offre pas de rougeur anormale; il n'y a pas d'écume dans les bronches. A l'instant où le thorax est ouvert, le sang contenu dans les veines sous-clavières est recueilli pour être soumis à l'analyse.

Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue, et leur volume paraît augmenté. Ils offrent à l'extérieur quelques taches brunâtres et ecchymotiques. Incisés dans plusieurs directions, ils présentent une infiltration considérable de sang noir, diffluent en certains points, coagulé en d'autres, et formant comme des noyaux apoplectiques. Il s'en dégage quelques bulles d'air. Il n'existe pas d'emphysème. Le cœur, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, est d'une excessive flaccidité. Les cavités gauches sont vides, les droites contiennent quelques caillots peu résistants.

3° *Abdomen.* — L'estomac, distendu par des gaz, est vide de toutes matières alimentaires. Le foie, un peu augmenté de volume, est d'une couleur foncée. Les incisions qu'on y pratique laissent écouler une grande quantité de sang noir. La rate et les reins sont gorgés du même liquide.

Le sang qui avait été recueilli et quelques fragments du foie et de la rate ont été minutieusement analysés par un chimiste habile, sans qu'on ait pu y retrouver de traces du chloroforme.

A la suite de cette observation, M. Vallet fait remarquer que le chloroforme employé par lui était d'une pureté irréprochable, et que la quantité de ce liquide inspirée par le malade n'a été en tout que de 5 à 6 grammes.

A l'époque où l'action redoutable du chloroforme chez l'homme fut poûr la première fois signalée au jugement des corps savants, les cas de mort subite survenus sous son influence étaient encore trop peu nombreux ou trop peu concluants pour qu'il ne fût pas permis d'élever quelques doutes à leur égard; et lorsque le rapport qui servit de base à la mémorable discussion de l'Académie de médecine concluait à l'innocuité de cet agent bien administré, c'était probablement pour ne pas frapper immédiatement de discrédit, et faire rejeter peut-être un moyen destiné à rendre des services réels à la chirurgie.

Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, que non-seulement l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être con-

testée, mais qu'il est encore du devoir de la science de rechercher s'il n'est pas quelques précautions à prendre pour en prévenir ou en combattre les terribles effets.

Parmi les observations malheureuses publiées jusqu'à ce jour, il en est beaucoup qui manquent de détails, d'autres qui ne sont pas assez concluantes ou n'ont pas assez d'authenticité pour servir d'éléments à une discussion sérieuse; nous pouvons donc les passer sous silence.

Quant aux autres, on peut les diviser en deux catégories: 1° Tantôt les troubles fonctionnels qui ont immédiatement précédé la mort ont eu quelque analogie avec ceux de l'asphyxie, et bientôt après la respiration, puis la circulation se sont anéanties;

2° Tantôt la vie a paru s'éteindre plus promptement encore, et comme par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération.

Pour ne pas trop élargir le cercle de ce rapport, nous nous bornerons à citer des observations de la dernière espèce, surtout parce qu'elles offrent avec celles de M. Vallet la plus frappante analogie.

La *première* dans l'ordre chronologique nous paraît être celle que M. Gorré (de Boulogne) communiqua à l'Académie le 24 juillet 1848. (*Bulletin de l'Académie*, t. XIII, p. 1148.)

Mlle Stock, âgée d'une trentaine d'années, d'une bonne santé, bien qu'elle eût été traitée quelques mois auparavant pour des palpitations liées à un état chlorotique, reçut à la cuisse une légère blessure compliquée de corps étranger. Un petit abcès avec décollement de la peau s'ensuivit, et M. Gorré, se proposant d'en agrandir l'ouverture, soumit la malade, sur sa demande, à l'action du chloroforme. Dans ce but, il plaça sous les narines un mouchoir sur lequel avaient été jetées quinze à vingt gouttes de ce liquide.

A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations qu'elle porta la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écria d'une voix plaintive : *J'étouffe!*... Puis tout aussitôt le visage pâlit, les traits s'altérèrent, la respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvres.

A l'instant même (et cela très certainement moins d'une minute après le début de l'inhalation) le mouchoir fut retiré. Persuadé que les accidents n'étaient que passagers, le chirurgien s'empressa de pratiquer la petite opération, pendant qu'un confrère cherchait par tous les moyens à remédier à cette annihilation évidente de la vie. Mais tous les efforts furent vains; la malade était morte.

Voici le résumé des altérations constatées par l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

Le sinus longitudinal supérieur est vide, les veines qui rampent à la surface convexe du cerveau ne sont point engorgées, mais elles pré-

sentent cette particularité remarquable que la colonne sanguine y est coupée de distance en distance par des bulles gazeuses. Il existe également de l'air dans les veines de la base du crâne et des sinus de cette région. On en trouve aussi dans plusieurs vaisseaux des membres. La substance du cerveau est d'une consistance ferme; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les vaisseaux placés au voisinage de l'incision pratiquée à la cuisse sont disséqués avec soin, et sont reconnus de la plus parfaite intégrité. Les poumons, très crépitants, sont visiblement engorgés dans leurs lobes inférieurs par un sang noir très fluide; mais il n'y a pas d'emphysème interlobulaire ou sous-pleural. La muqueuse trachéale est d'un rouge vif; il y a absence complète d'écume bronchique. Le cœur est d'une excessive flaccidité; ses moitiés droite et gauche sont absolument vides, la veine cave ascendante contient du sang spumeux; les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé d'air. Le foie et la rate, congestionnés, contiennent aussi des gaz qui s'échappent en *bouillonnant* de leurs vaisseaux. Enfin, le sang est plus noir que dans l'asphyxie simple; il est littéralement noir comme de l'encre.

Le *second fait* est celui que M. Barrier, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié en 1849. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 73.)

Le 24 janvier 1849, un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de carrier, d'une constitution lymphatique, mais jouissant d'une santé générale satisfaisante, entra à l'Hôtel-Dieu pour y subir la désarticulation du médius droit. Le jour de l'opération arrivé, le malade étant parfaitement à jeun, et placé sur un lit, est soumis aux inhalations anesthésiques, qu'il a désirées, et qui ne lui inspirent aucune appréhension. Le flacon qui renferme le chloroforme est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'est passé régulièrement.

On emploie, comme d'ordinaire, une compresse à tissu très clair, étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très habitués à manier le chloroforme en sont chargés, et explorent en même temps le pouls aux radiales. Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore; une minute de plus s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation. Il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme. Le pouls est resté d'une régularité parfaite, sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres, qui

échappent aux aides; mais ceux-ci les ressaisissent promptement, et remettent le patient en position. Le mouvement n'a pas duré plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement que le pouls de la radiale a cessé de battre. On enlève le mouchoir.

La face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait; plus de pouls nulle part; plus de bruit dans la région précordiale. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible et lente, et cesse enfin complétement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Tous les moyens employés en pareil cas, tels que frictions avec l'ammoniaque, irritation des diverses muqueuses avec cette substance, sinapismes, pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen, insufflation, cautérisations profondes, tous ces moyens, dis-je, parviennent à ramener quelques mouvements respiratoires; mais l'issue n'en est pas moins funeste.

A l'autopsie, faite 72 heures après la mort par une température assez froide, le cadavre ne présente pas de signes de putréfaction. Le foie et la rate sont peu congestionnés. Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine très rouge, donnant l'idée de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines caves et la veine porte sont distendues par un sang noir fluide, très abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux, peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. *Aucun fluide aériforme n'était contenu dans les cavités du cœur ou des gros vaisseaux.* Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax; ils offrent une teinte noir-ardoisé très prononcée. La coupe offre la même teinte; le tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion.

Le cerveau est intact. Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir coagulé.

La *troisième observation* a été adressée à l'Académie le 16 octobre par M. de Confévron, médecin des hôpitaux de Langres (*Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 409).

Mme Labrune, âgée de trente-trois ans, d'une bonne santé, d'un tempérament nerveux très excitable, déjà éthérisée une première fois avec succès, fut de nouveau soumise par M. de Confévron, en présence d'un dentiste, à l'action du chloroforme le 24 août 1849, pour éviter les douleurs de l'extraction d'une dent. Le médecin plaça

sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix minutes l'effet se fit sentir, et on le remarqua au clignotement des paupières.

Le médecin indiqua au dentiste, placé derrière la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges.

A cet instant, le médecin lui retira lui-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Il ne la quitta des yeux que pendant le temps nécessaire pour poser le mouchoir sur un meuble voisin; et déjà, lorsqu'il reporta ses regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière.

Le pouls avait disparu; les membres étaient dans un état complet de résolution. Quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade donnât.

Les moyens les plus rationnels furent employés, mais en vain, pour la rappeler à elle.

A l'autopsie, on trouva les membranes du cerveau, et surtout les veines de la base du crâne, gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisé était piquetée, et les capillaires, intéressés par l'instrument, laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité se trouvait en assez grande abondance à la base du crâne et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très médiocre, on a trouvé une notable quantité de bulles d'air interceptant le liquide, et faciles à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans ses cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz.

Le *quatrième fait* est celui que M. Roock a publié dans le *Medical Times* en 1851 (*Union médicale*, 1851, p. 509).

Un mulâtre, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, entra à l'hôpital des marins de Londres pour y subir l'ablation d'un testicule dégénéré. Le chloroforme fut administré à la prière du malade ; celui-ci fut couché. On donna le chloroforme suivant le mode usité dans cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'un foulard imbibé d'une quantité de liquide ne dépassant pas 20 ou 30 gouttes à la fois. Le mouchoir est maintenu à quelque distance de la boucho, et l'on a soin de n'obtenir les effets anesthésiques que lentement et graduellement. Il est aussi d'habitude de donner au malade, avant l'emploi du chloroforme, un verre de vin généreux.

Vingt gouttes de l'agent anesthésique furent d'abord versées sur le mouchoir ; mais aucun symptôme d'insensibilité ne survenant, on en versa au bout de quelques minutes vingt autres gouttes ; le patient commença à pousser, à batailler avec des esprits imaginaires ; mais l'anesthésie étant loin d'être complète, on ajouta d'abord dix, puis vingt gouttes encore. Cette fois le malade tomba dans l'insensibilité. La respiration était libre ; le pouls, régulier, donnait toujours 70 pulsations à la minute, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation. Les lèvres étaient rosées. On cessa de chloroformer. Le médecin commença l'opération presque instantanément, en faisant au scrotum une incision qui coupa une petite branche artérielle et quelques veines dilatées, dont le sang coula à jet très franc ; puis, presque instantanément, ce jet s'arrêta, et M. Roock, qui avait le doigt sur le pouls, ne sentit plus les battements de l'artère.

Immédiatement on eut recours à tous les moyens imaginables employés en telle occurrence; ils eurent pour résultat de provoquer à de rares intervalles quelques inspirations ; mais celles-ci ne continuèrent pas, et l'assemblée n'eut bientôt devant elle qu'un cadavre.

A l'autopsie, on trouva les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de la surface du cerveau gorgés de sang et ne contenant pas d'air. Les poumons étaient gorgés de sang fluide et le siége d'une infiltration séreuse Les parois du cœur étaient extrêmement minces et flasques ; l'organe était couvert par une couche adipeuse assez abondante. Les veines caves étaient remplies de sang liquide.

Le *cinquième fait* a eu plus de retentissement que ceux qui précèdent, car il a donné lieu à des poursuites judiciaires ; c'est celui qui a été observé à Strasbourg en 1852.

Voici le résumé de l'observation de MM. les professeurs Rigaud, Tourdes et Caillot.

Mme Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, désirait se faire pratiquer l'extraction de quelques molaires cariées dont la présence l'inquiétait beaucoup ; mais, partagée entre ce désir et la crainte que lui inspirait l'opération, elle était en proie à des préoccupations telles que sa santé en subit de profondes atteintes.

Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'arrachement des dents gâtées, à condition qu'on emploierait le chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était dans une agitation extrême, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. Les dents devaient être arrachées par un officier de santé en présence du mari et de la servante. La malade fut assise sur une chaise ; on allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourant la chambre en proférant des paroles incohérentes. Elle déclara enfin qu'elle était résolue et se plaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir, qu'on approche des narines et des lèvres. Mme Simon annonce presque aussitôt qu'elle en ressent les effets ; on pratique l'extraction de trois dents.

Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme ; la face devient cadavéreuse : Elle est morte ! s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigua furent inutiles. Les experts se sont assurés que la quantité de chloroforme employée n'avait été de plus de 3 gr. 25 c. et que ce liquide était parfaitement pur.

Autopsie soixante heures après la mort. — La muqueuse bronchique est d'un rouge assez vif, avec écume dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté. Les poumons sont très volumineux, emphysémateux à leur partie supérieure, d'une teinte rosée en avant, d'un rouge d'autant plus foncé que l'on rapproche davantage de leur bord postérieur, contenant du sang mêlé à un pus d'écume.

Deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine ; les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée ; le cœur gauche en contient beaucoup moins, le liquide n'est pas spumeux.

On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau, dans l'artère basilaire. La pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral est très ramolli et n'offre qu'une très

légère sablure ; sa coloration est normale. Rien de remarquable dans le reste de la masse encéphalo-rachidienne.

L'analyse chimique a révélé la présence du chloroforme dans le sang et les principaux organes.

Sixième fait. — La dernière des observations que nous rapporterons ici est celle du docteur Majer (d'Ulm) insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 octobre 1852, p. 470. Mme W..., âgée de 32 ans, de constitution très forte, a toujours joui d'une excellente santé. Le 27 juin, elle fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. Elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien : Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme? A quoi celui-ci répondit : Des bourdonnements d'oreilles. Le dentiste verse 25 gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et la place à quelque distance de la bouche et du nez.

Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W... si elle ne ressent pas encore de bourdonnements d'oreilles ; la réponse affirmative est tremblotante , râlante ; en même temps , elle étend fortement ses membres ; la face devient bleuâtre , les yeux hagards; la tête et les bras s'affaissent : elle est morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut très court. Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvements du thorax, les excitants sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge restèrent sans succès.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre ne présentait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête , il s'écoula beaucoup de sang spumeux ; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

La substance cérébrale est injectée. Le sang de la carotide interne et de l'artère vertébrale contient aussi des bulles d'air.

La trachée et les bronches étaient injectées ; le poumon , d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs, était rempli de sang rouge-foncé , spumeux, sans vestige d'emphysème.

Le cœur a sa grandeur et sa position naturelles; il est d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque. Les vaisseaux coronaires sont gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Les oreillettes boursouflées, non pas de sang , mais d'air. Il n'y a pas de traces de sang dans l'oreillette droite ni dans les deux ventricules. Une petite cuillerée seulement remplit l'oreillette gauche ; l'artère pulmonaire ,

l'aorte, les veines caves à leur entrée dans le cœur sont vides. Le sang de la veine cave inférieure contient des bulles d'air.

Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du liquide qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé parfaitement pur.

En analysant les observations qui précèdent et dont on ne saurait contester l'authenticité, on voit qu'elles ont entre elles une grande analogie et qu'elles se confirment, en quelque sorte, les unes par les autres. En effet, tous les individus dont il y est fait mention étaient jeunes, le plus âgé n'ayant que quarante-cinq ans. Tous étaient d'une bonne santé; seulement la malade de M. Gorré avait été traitée pour des palpitations liées à un état chlorotique. Plusieurs avaient été précédemment soumis avec succès à l'emploi du chloroforme; chez tous, l'inhalation n'a présenté aucune difficulté ou circonstance insolite; elle a été de courte durée. La dose de chloroforme administrée est au-dessous de la moyenne et varie entre 15 ou 20 gouttes et 7 à 8 grammes. La période d'excitation a été généralement modérée et même quelquefois a manqué tout à fait. Le pouls, à part les cas rares où il n'a point été surveillé, s'est maintenu dans son état à peu près normal jusqu'au moment où, tout à coup, il s'est affaibli et a disparu complétement. En même temps, le visage est devenu tantôt pâle, tantôt bleuâtre, les pupilles largement dilatées; la respiration est devenue faible, lente, irrégulière, et a complétement cessé au bout d'un temps très court. Dans un seul cas, celui de M. Gorré, il est dit que la respiration s'est embarrassée et que la malade a eu de l'écume à la bouche. Toujours la mort a été très rapide et presque instantanée.

Les lésions cadavériques nous ont paru présenter beaucoup plus de variétés que les désordres fonctionnels. Examinons successivement à ce point de vue les lésions constatées dans la cavité crânienne, dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

Dans quatre observations, il est dit que le cerveau est intact et n'offre qu'une injection très modérée et parfois nulle. Dans trois, il est gorgé de sang noir et fluide.

Quant aux poumons, dans deux observations on les trouve crépitants, contenant peu de sang, parfaitement sains. Deux fois ils sont engorgés inférieurement et infiltrés de sang noir. Dans un cas ils sont gorgés de sang et infiltrés de sérosité dans toute leur étendue. Enfin, dans un autre, ils contiennent quelques noyaux apoplectiques. Dans la cinquième observation, le poumon est engorgé à son bord postérieur et emphysémateux à sa partie postérieure.

Le cœur a presque toujours été trouvé d'une flaccidité remarquable.

Dans l'observation de M. de Confévron, les cavités de cet organe contenaient quelques bulles d'air. Dans celles de MM. Gorré et Majer, sur la malade de Strasbourg, plusieurs artères en contenaient un grand nombre. Mais, dans tous les autres cas, le cœur et les vaisseaux étaient vides d'air et de sang.

Certes, s'il n'était pas prouvé que l'anatomie pathologique ne rend pas toujours compte des phénomènes observés pendant la vie et que même elle est quelquefois en désaccord avec eux, les résultats que nous signalons seraient bien de nature à le démontrer. Du reste, l'on conçoit que, lorsqu'un agent toxique a frappé si rapidement l'organisme, les altérations n'aient pas eu le temps de se produire; le scalpel de l'anatomiste est réduit à constater la présence du sang en plus ou moins grande quantité dans tel ou tel organe, sans même pouvoir déterminer si cette présence n'est point un effet purement cadavérique. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ces lésions, aussi variables qu'incapables de nous révéler la cause et le mécanisme de la mort. Toutefois, nous ne saurions passer sous silence l'état du cœur, dont les parois ont été souvent trouvées amincies et très flasques. Il est difficile d'admettre que ces altérations, et surtout l'amincissement des parois du cœur, puissent résulter de l'action du chloroforme; elles préexistent donc à cette action, et constituent sans doute une prédisposition à la syncope, état organique grave au point de vue de l'emploi des anesthésiques, et que, pour ce motif, nous signalons à toute l'attention des pathologistes.

Quant aux troubles observés pendant la vie, il est facile à chacun d'en apprécier le caractère. Il est évident, en effet, que la mort a lieu presque toujours par syncope. Que cette syncope soit primitive et résulte du contact d'un sang stupéfiant sur les parois du cœur, ou qu'elle soit consécutive à la sidération du système nerveux, le fait, pour nous praticiens, n'en persiste pas moins dans toute son effrayante vérité.

Après avoir établi l'action délétère du chloroforme, voyons s'il est possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats.

M. Baudens (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1852) a pensé que les cas de mort subite observés sous l'influence du chloroforme devaient être uniquement attribués à ce que, dans l'administration de l'agent anesthésique, on ne s'est point contenté d'anéantir le sentiment, mais qu'on a anéanti le *mouvement pour amener la résolution.*

Ce chirurgien s'appuie sur des expériences de M. Flourens qui semblent avoir établi que l'action de l'agent anesthésique est successive et progressive. Cette action, d'après notre savant physiologiste, va

d'abord aux lobes cérébraux, puis successivement au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines postérieures de la moelle épinière, à la moitié antérieure et aux racines antérieures de ce viscère, enfin à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, le chloroforme suspend d'abord l'intelligence et l'équilibro des mouvements; et, si l'action en est continuée, bientôt la mort survient par l'abolition des mouvements respiratoires. Il en résulte, suivant M. Baudens, que dès l'instant où l'on est arrivé à suspendre les mouvements des muscles de la vie animale, il y a danger de mort, parce que rien ne garantit contre l'envahissement du bulbe rachidien.

En résumé, M. Baudens attribue les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inbalation jusqu'à ses limites extrêmes. Il en conclut que, pour échapper à ce péril, on doit se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles. Cette opinion, émise par un chirurgien éminent, placé à la tête du service de santé des armées, nous paraît trop grave pour ne pas être discutée rigoureusement; et si nous la laissions passer sans réfutation, elle aurait pour conséquence de faire peser une immense responsabilité sur les praticiens entre les mains desquels les malades ont succombé.

En analysant les phénomènes que chacun de nous est à portée d'observer journellement dans l'administration du chloroforme, on reconnaît la vérité des assertions de M. Flourens sur la marche progressive et successive de l'action de l'agent anestbésique; assertions qui servent de base à l'argumentation de M. Baudens.

Oui, généralement, c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement jusqu'à ce que la paralysie gagne les muscles qui président aux actes respiratoires. A ce moment, les poumons s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse et l'asphyxie imminente. Oh! c'est alors que grande serait l'imprudence du chirurgien qui passerait outre sans tenir compte d'un état qui devient par lui-même un avertissement de l'organisme. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, il y a des cas exceptionnels où la série des symptômes est toute différente; et ce sont précisément ces cas qui sont suivis de mort, et dont M. Baudens ne tient pas compte.

Ce n'est point, en effet, sous l'influence de l'anestbésie poussée dans ses limites extrêmes, et produisant, par la durée ou l'abondance des inhalations, la succession des phénomènes dont nous venons de tracer le tableau, qu'ont succombé les malades dont les observations ont été citées tout à l'heure. Chez tous, sans exception, la quantité de chloroforme inspirée a été très minime, la durée des inhalations très courte.

Et qu'on ne dise pas que les patients, en vertu d'une susceptibilité

particulière, n'en sont pas moins passés par toutes les phases de l'éthérisme décrites par M. Flourens, et que M. Baudens semble regarder comme fatales. Chez tous la respiration était normale au moment où ils ont été sidérés; chez quatre d'entre eux le pouls était plein, et chez plusieurs la contractilité musculaire avait conservé toute son énergie. Voyez, en effet, Maria Stock, tenant elle-même le mouchoir sous son nez, jusqu'au moment où elle s'écrie : « J'étouffe! » et meurt. Plus tard, c'est M[me] Labrune, repoussant l'opérateur, lui faisant comprendre par signes qu'elle n'est pas assez endormie, et tombant foudroyée après trois ou quatre inspirations de plus. Enfin, c'est le malade de M. Barrier s'échappant des mains des aides, et périssant sous leurs yeux, au moment où ils parviennent à le remettre en position. Cette observation, si elle n'est pas plus concluante, est au moins plus frappante encore que les précédentes. Il est probable que le professeur du Val-de-Grâce l'avait oubliée lorsqu'il écrivait cette phrase : « Pour moi, tant qu'on n'aura pas publié un seul cas de mort survenue » alors que la sensibilité seule était abolie, la motilité ayant été con- » servée, je n'y croirai pas. »

Ainsi, il résulte des faits que nous venons de rappeler succinctement que les cas de mort subite survenus sous l'influence du chloroforme ne peuvent pas être attribués à l'action *successive et progressive* de cet agent, mais qu'ils sont en dehors de la sphère des faits ordinaires, qu'ils sont exceptionnels, et ne peuvent être imputés qu'à des conditions particulières de l'organisme, qu'il ne nous est point encore donné de connaître.

Effrayé par les dangers d'homicide qu'on court sans cesse en poussant l'éthérisme jusqu'à la résolution, M. Baudens donne le conseil de ne jamais dépasser la période d'insensibilité, période qu'il a pu, dit-il, prolonger pendant plus d'une demi-heure, en revenant de temps à autre à l'emploi du chloroforme. Sans vouloir contester les affirmations de M. Baudens, et jugeant d'après l'expérience de nos collègues des hôpitaux, nous ferons observer qu'on n'enferme pas à son gré l'action des anesthésiques dans un cercle aussi limité. On est bien près de la résolution quand on veut obtenir une insensibilité profonde : or, sans cette insensibilité complète toute sécurité s'évanouit dans la pratique de la chirurgie. Ne voit-on pas tous les jours des malades qu'on pique, qu'on pince impunément, dont la conjonctive semble privée de sentiment, qui ne s'en réveillent pas moins sous le tranchant du bistouri, et se livrent aux mouvements les plus violents et les plus désordonnés? Comment alors pourrait-on sans danger pratiquer une opération de hernie, découvrir une artère, enlever une tumeur placée au milieu d'organes importants,

etc. ? Il faudrait, en vérité, renoncer à l'exercice de la chirurgie, si de telles conditions nous étaient imposées. Je m'étonne que M. Baudens n'ait jamais rencontré de difficultés de ce genre.

Mais ce n'est pas tout ; si la résolution est une condition nécessaire à la pratique de la plupart des opérations, elle est parfois aussi une nécessité, un but qu'il faut atteindre dans le traitement de diverses affections chirurgicales. De quelles ressources puissantes l'art ne serait-il pas privé s'il fallait renoncer à obtenir cet état ! La réduction des luxations et des hernies étranglées ne s'obtient fréquemment qu'à ce prix. Et qu'il me soit permis de rappeler ici l'heureuse application que notre collègue M. Richet en a faite au traitement des luxations compliquées de fracture. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer deux cas de rétrécissements de l'urètre regardés comme infranchissables, et dont le cathétérisme est immédiatement devenu très facile au moyen de l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution : c'étaient des rétrécissements spasmodiques.

Telles sont mes convictions sur la fréquente nécessité où se trouvent les chirurgiens d'obtenir la résolution par l'emploi du chloroforme. Je les soumets avec confiance à mes collègues de la Société de chirurgie, persuadé qu'ils trouveront dans leur propre expérience assez d'arguments pour adopter ma manière de voir.

M. Sédillot ne conteste pas le danger des inhalations anesthésiques, mais il n'admet ce danger que lorsque le chloroforme est impur ou mal administré. (*Nouvelles considérations sur l'emploi du chloroforme ;* Strasbourg, 1851.)

Examinons donc d'abord si l'impureté du chloroforme peut avoir des conséquences aussi funestes que le pense l'éminent chirurgien de Strasbourg; nous discuterons ensuite la valeur des moyens qu'il propose comme devant mettre à l'abri du danger.

La substance qu'on trouve le plus souvent mêlée en plus ou moins grande quantité au chloroforme, celle qu'on a accusée des plus graves accidents, est une huile pyrogénée, jaunâtre, d'une saveur âcre et nauséeuse, d'une odeur rappelant un peu celle de la créosote, ainsi que l'ont démontré les recherches de MM. Mialhe et Soubeiran (*Journal de pharmacie*, t. XVI, 1849, 3e série, p. 5). Mais nous ne sachons pas qu'en dehors de son âcreté et de son odeur nauséabonde, cette huile puisse exercer sur l'économie une action délétère ; tout au plus peut-elle amener des vomissements plus ou moins répétés. A plus forte raison, son mélange avec le chloroforme n'aura-t-il pas des suites plus fâcheuses.

Les faits sont là d'ailleurs qui contredisent l'assertion de M. Sédillot.

Ainsi, dans l'observation de M. Gorré, le chloroforme, analysé par M. Regnault, professeur de chimie au collége de Boulogne, a été trouvé bien purifié. Dans celle de M. Vallet, l'analyse a révélé la même pureté. Il en a été de même dans l'affaire de Strasbourg et dans l'observation de M. Majer. M. Barrier a usé d'un flacon dont le contenu avait servi quelques minutes auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'était passé régulièrement. Il ajoute que ce liquide était pur; or, quand un homme comme M. Barrier affirme, il doit être cru. Vous voyez donc, messieurs, que, d'une part, la présence de matières hétérogènes dans le chloroforme n'est point par elle-même une cause de mort; et que, d'autre part, sa purification parfaite ne met point à l'abri de cette catastrophe.

Examinons maintenant la valeur des préceptes formulés par M. Sédillot pour l'administration des agents anesthésiques. Le but principal qu'il se propose est de maintenir l'*intégrité*, la *normalité de l'acte respiratoire*. Son procédé se réduit à étudier, à ménager d'abord la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des doses faibles de chloroforme, à calmer son moral et, quand les inspirations sont bien supportées, à précipiter l'action anesthésique en augmentant les doses. Lorsque la résolution musculaire se manifeste, on suspend l'usage du chloroforme pour le reprendre à la moindre trace de mouvement. On peut ainsi prolonger l'anesthésie pendant un temps assez long.

Nous ne pouvons qu'applaudir à des règles aussi sages; nous ne nous en écartons jamais, et nous voudrions qu'elles fussent toujours présentes à l'esprit de tous les chirurgiens. Mais est-il possible de partager entièrement la sécurité de M. Sédillot, en présence des faits que nous avons rapportés? Dans tous ces cas, l'expérience et l'habileté connues des praticiens qui ont employé le chloroforme sont un garant du bon usage qui en a été fait; et bien que toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies. Ainsi, presque toujours on a laissé un libre cours au passage de l'air; la respiration s'exécutait librement; la circulation était normale, la période d'excitation modérée; en un mot, les phénomènes de l'éthérisation paraissaient s'accomplir naturellement, lorsque tout à coup la circulation s'est arrêtée et la vie s'est éteinte.

Un de nos collègues, M. Chassaignac, dans une note récemment imprimée, a présenté quelques réflexions pleines d'intérêt sur les circonstances dans lesquelles il lui paraît permis de croire à l'entière innocuité du chloroforme.

Pour lui, c'est dans cette période qu'il appelle de tolérance anes-

thésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, caractérisée par le sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, qu'on peut plonger sans crainte les malades pendant un temps plus ou moins long. Il trouve dans cet état tous les genres de sécurité qu'on peut désirer :

1° Contre les chances de douleur : insensibilité complète ;

2° Contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des grandes fonctions.

Il y voit encore cet avantage que, indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude, il trouve que sa responsabilité comme opérateur est couverte, cette responsabilité ne commençant pour lui que du moment où l'on a commencé à agir, le chirurgien restant dans les termes généraux de la responsabilité médicale tant qu'il n'a pas fait usage de l'instrument.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux opinions de M. Chassaignac sur les avantages de la tolérance anesthésique. Mais nous ferons observer :

1° Que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période pût être obtenue ;

2° Que, de l'aveu même de notre habile collègue, on ne peut souvent obtenir cette tolérance qu'après l'excitation et le collapsus, période qu'il redoute par-dessus tout et avec raison ;

3° Enfin, que certains sujets semblent complétement réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous ne pouvons non plus admettre la distinction un peu subtile qu'établit M. Chassaignac entre la responsabilité générale du médecin et celle de l'opérateur.

Quelques chirurgiens, établissant un parallèle entre les propriétés toxiques du chloroforme et celles de l'éther, ont pensé que ce dernier agent offrait à ce point de vue des avantages incontestables. En étudiant, en effet, les cas malheureux dans lesquels on a cru devoir imputer à l'éther une part plus ou moins grande dans la terminaison fatale, on est frappé de l'intervalle considérable qui sépare le moment de la mort de celui de son emploi ; ce n'est généralement que quelques heures au moins, et souvent plusieurs jours après l'usage des inhalations anesthésiques, que les malades ont succombé.

En présence de ce long sursis et des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs des opérés, on peut se demander si la mort ne doit pas en définitive être attribuée à des causes étrangères à l'action de l'éther, plutôt qu'à l'éther lui-même. C'est ce qu'ont pensé plusieurs praticiens, parmi lesquels nous citerons MM. Diday,

Pétrequin, Bonnet (de Lyon), Cantu (de Turin), qui se sont déclarés les partisans exclusifs de l'éther, réagissant ainsi contre les tendances de M. Simpson et de la plupart des chirurgiens de Paris à bannir ce dernier de la pratique chirurgicale au bénéfice du chloroforme. Entre ces deux opinions opposées s'élève celle du savant auteur du *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, M. Bouisson, qui, sans rejeter complétement le chloroforme, croit qu'on doit en restreindre beaucoup l'emploi, et cherche à établir les indications de l'un ou de l'autre de ces agents.

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, s'il est vrai que le plus souvent l'éther ne tue pas instantanément, comme le chloroforme, il y a cependant des faits incontestables dans lesquels la mort est survenue pendant les inhalations elles-mêmes, et à leur début. L'un est rapporté par M. Bouisson (ouvrage cité, p. 394) : le malade mourut asphyxié. Nous devons le second à l'obligeance de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici le résumé de cette observation :

Le 26 août 1852, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon une femme âgée de cinquante-deux ans, affectée d'un ostéosarcome du maxillaire supérieur droit. L'état général de cette femme n'était pas très satisfaisant. Elle montrait bien plus que son âge; elle était faible, amaigrie; le teint était pâle, même jaunâtre, comme dans la cachexie commençante. M. Barrier, sur sa première impression, hésita à l'opérer. D'après les vives instances de la malade, il s'y décida cependant, mais il désirait se dispenser de l'éthériser, en raison de l'état général, craignant que sa faiblesse ne rendît dangereuse l'inhalation des anesthésiques, et à cause de la nécessité de l'opérer assise. Il céda cependant à ses supplications ; et l'opération fut pratiquée le 11 septembre 1852.

La malade fut promptement endormie par l'éther. Le procédé suivi fut celui de l'éponge placée dans une vessie. « Je puis, dit M. Barrier, » affirmer que nous étions sur nos gardes, et qu'un aide tenait l'artère » sous son doigt. L'anesthésie étant complète, je commençai l'opéra- » tion par l'incision des parties molles, ce qui obligea d'écarter l'éponge » de dessous le nez ; par conséquent, l'air pouvait passer en assez » grande quantité par les narines. Je liai quelques vaisseaux sur les » bords de l'incision, et j'allais attaquer l'os avec le ciseau, ou plutôt » j'avais déjà porté le ciseau sur les limites de la tumeur, et coupé » l'apophyse montante, quand je m'aperçus, et les assistants avec moi, » que la respiration s'arrêtait. Je suspendis l'opération, et je fis com- » plétement retirer l'éponge, qu'on avait jusqu'à ce moment approchée

» et éloignée alternativement des narines, suivant les mouvements de » la manœuvre opératoire. L'alarme fut grande, et partagée par tous » les assistants. La respiration avait cessé, et le pouls ne se sentait » pas au poignet, ni à la région précordiale, ou n'y était perçu que » d'une manière très douteuse. Aussitôt la malade et son fauteuil fu- » rent renversés en arrière, pour placer le corps et la tête dans une » position horizontale. La face était extrêmement pâle, cadavéreuse; » les yeux ternes et immobiles. Frictions sur les tempes et la poitrine » avec le vinaigre et l'ammoniaque; compression alternative du tho- » rax et de l'abdomen, pour exciter les mouvements respiratoires; in- » sufflations dans la trachée avec une sonde en argent, tout resta » inutile. L'autopsie ne put être faite.

» La quantité d'éther, non pas absorbée, mais employée, fut au plus » de 30 grammes. L'hémorrhagie fut peu considérable, et le sang ne » coula pas dans le pharynx. »

L'éther peut donc tuer comme le chloroforme, et aussi soudainement que lui. Si pour le faire prévaloir on nous objecte que son bilan mortuaire est moins considérable que celui du chloroforme, nous répondrons que ce dernier est employé dans des proportions énormes par rapport à l'éther. Nous ajouterons même qu'en supposant l'action toxique de celui-ci moins énergique que celle du chloroforme, les malheurs qu'on a à lui reprocher moins nombreux, proportion gardée, l'éther devra encore occuper une place secondaire, en raison des avantages de son rival. Celui-ci, en effet, présente une odeur non-seulement moins désagréable, mais que tout le monde, à peu près, peut supporter. On ne pourrait pas en dire autant de l'éther.

L'action irritante exercée sur la muqueuse bronchique par le chloroforme est beaucoup moindre que celle de l'éther, qui a, plus d'une fois, amené des inflammations mortelles des organes thoraciques. Enfin, il est rare de trouver des individus totalement réfractaires au chloroforme, ce qui n'était pas très rare avec l'éther.

Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme. Ni l'observation des règles que la prudence peut suggérer dans son administration, ni son remplacement par l'éther ne peuvent donner au malade une sécurité complète.

Nous n'insisterons pas sur le conseil donné il y a quelques années par M. le docteur Stanski, de placer les opérés dans la position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves. Assurément, cette position est bonne, et, autant que possible, il faut la prescrire; mais il suffit de rappeler les faits précédemment ex-

posés pour se convaincre qu'elle est insuffisante pour prévenir des accidents mortels.

Après avoir recherché les moyens d'éviter les accidents résultant de l'action du chloroforme, il nous reste à voir si, ces accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Parmi les moyens employés, la plupart sont ceux auxquels on a recours dans les cas ordinaires de syncope. Nous ne les rappellerons pas ici, car ils sont connus de tous les praticiens. Nous dirons seulement que jusqu'à ce jour ils sont restés complétement impuissants.

Des expériences tentées par M. Plouviez sur les animaux l'avaient porté à penser que l'insufflation pulmonaire conjurait efficacement les accidents formidables produits par le chloroforme ou l'éther. Mais en lisant les observations précitées, on se convaincra que l'insufflation, employée plusieurs fois, n'a pas eu plus de succès que les autres moyens. Cependant, trois faits rapportés par M. Ricord sembleraient donner de l'importance aux expériences de M. Plouviez, et démontrer que l'insufflation pulmonaire est de nature à rendre de grands services dans les cas de péril imminent. Il y a une distinction importante à établir dans les observations de M. Ricord. Nous y trouvons: 1° Le fait même de l'insufflation pulmonaire, qui, malgré la rareté de ses succès, nous semble devoir être recommandée à l'attention des chirurgiens; 2° Le mode selon lequel doit être pratiquée cette opération. M. Ricord veut que ce soit de bouche à bouche; il semble préférer cette méthode aux autres manières de faire pénétrer l'air dans les poumons. Voici, en effet, comment s'exprime notre éminent collègue : « Maintenant, n'est-il pas permis de conclure que, dans le cas de » mort imminente par suite de l'action du chloroforme, l'insufflation » directe de l'air, et bouche à bouche, du médecin au malade, paraît » être un moyen plus efficace et plus sûr que tous les autres moyens » conseillés en pareil cas; plus efficace et plus prompt que tous les » autres moyens d'insufflation artificielle avec des tubes ou des sondes? » Désormais le médecin qui négligerait d'y avoir recours assumerait » sur sa tête une grande responsabilité. » (*Union médicale*, 20 novembre 1849.)

Sans vouloir atténuer en rien l'intérêt des observations de M. Ricord, nous nous permettrons cependant d'objecter que l'insufflation bouche à bouche, déjà mise en usage avant lui par M. Barrier, a non-seulement échoué pour rappeler le mourant à la vie, mais encore qu'il a fallu y renoncer et recourir au tube laryngien, parce qu'elle laissait pénétrer l'air dans l'estomac.

Enfin, il est un moyen proposé il y a quelques années par M. J. Guérin (séance de l'Académie de médecine du 9 janvier 1849), et que son auteur vient de rappeler de nouveau à l'attention des praticiens; nous voulons parler de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque. M. J. Guérin a conclu de ses expériences sur les animaux aux heureux résultats qu'on pourrait obtenir de la cautérisation pharyngienne dans l'intoxication par le chloroforme. Comme ce moyen, appliqué précédemment, à un autre point de vue, et dans le traitement d'autres maladies, n'a point encore été employé chez l'homme dans le cas particulier dont il est question, nous ne pouvons nous prononcer positivement à son égard. Cependant, en considérant, d'une part, la pénurie de la thérapeutique en semblable occurrence, d'autre part, les succès évidents que M. J. Guérin dit avoir obtenus sur les animaux, nous pensons que c'est un moyen qu'on ne devrait pas négliger, le cas échéant.

CONCLUSIONS.

Le fait qui sert de base à ce rapport et ceux dont nous l'avons fait suivre nous paraissent de nature à établir les propositions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément, et comme par une espèce de sidération semblable à celle que détermine chez l'homme certains poisons violents.

2° La mort paraît causée, en général, par la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syncope.

3° Dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature. Cette disposition peut même se développer instantanément, et de telle sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence de cet agent.

4° Jusqu'à ce jour, la science ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux enfin qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave.

Il est certains individus chez lesquels le chloroforme détermine une excitation très violente, un raptus vers l'encéphale tellement pro-

noncé, qu'on peut craindre chez eux des conséquences funestes, ainsi que votre rapporteur, dans un travail lu en 1849 à l'Académie de médecine, en a fait connaître des exemples. Chez ceux-là, il serait dangereux d'insister. Il en est de même enfin pour quelques individus évidemment réfractaires à cet agent, et qui, bien que plongés dans une insensibilité voisine du collapsus, ne s'en livrent pas moins aux démonstrations les plus violentes, sous l'influence de la moindre cause d'excitation.

5° L'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par l'inhalation du chloroforme, et d'en prévenir les funestes résultats.

Nous devrions peut-être terminer ici ce travail déjà très étendu; cependant nous croyons de notre devoir d'examiner encore une question fort grave : celle de savoir si les malheurs produits par l'inhalation du chloroforme sont de nature à pouvoir engager la responsabilité des médecins, et dans quelles limites. On conçoit combien il est délicat d'aborder une semblable question, et combien il est difficile de la résoudre. Il importe cependant d'autant plus de ne pas l'éluder, que déjà plus d'une fois les tribunaux ont cru devoir en connaître, et que même ils ont rendu des arrêts propres à jeter les médecins dans une grande perplexité. Aussi, le docteur Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, a-t-il adressé, il y a peu de jours, à l'Académie impériale de médecine, les questions suivantes, à propos de l'affaire Triquet. (Séance du 17 mai 1853.)

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale?

2° Dans le cas d'affirmation, existe-t-il dans l'état actuel de la science des préceptes certains pour éviter des accidents de mort?

3° Si ces préceptes n'existent pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi?

Dans le cours de ce travail, nous avons déjà répondu à la seconde question posée par notre honorable confrère; nous allons examiner les deux autres avec liberté et franchise.

Malgré les catastrophes dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale. Il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage; et, comme l'a dit fort heureusement notre honorable collègue M. Chassaignac, les malheurs du chloroforme n'y feront pas plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux moyens de transport. Quand d'immenses avantages sont dus à une invention, il n'est pas

dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue des quelques inconvénients qui y sont attachés.

Et maintenant, l'emploi du chloroforme étant admis comme une nécessité dans la pratique, dans quelles limites l'usage doit-il en être restreint? Etablissons à ce sujet une distinction dans les opérations chirurgicales. Tantôt l'anesthésie, poussée même jusqu'à la résolution, est nécessaire pour se débarrasser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte à l'accomplissement de certains actes chirurgicaux, tels que la réduction des luxations, des hernies et quelques cas de cathétérisme difficile. Ici le but ne peut être atteint sans le secours de l'anesthésie ; en conséquence, nous ne pensons pas que le chloroforme employé selon les règles de l'art puisse jamais engager la responsabilité du chirurgien.

Dans d'autres cas, et c'est le plus grand nombre, le chloroforme n'est qu'un moyen d'éviter la douleur attachée aux opérations. Il est alors désiré par les malades; il est même souvent imposé par eux. Sans doute, en face des malheurs aujourd'hui connus, le praticien ne doit point y recourir lorsque les opérations sont peu douloureuses ; mais quelles limites pourra-t on lui imposer à cet égard? On sait que si quelques malades affrontent facilement la douleur, la plupart en ont une horreur invincible; et, sachant qu'il existe un moyen de les y soustraire, ils le sollicitent ardemment et ne veulent même subir l'opération qu'à la condition d'être anesthésiés.

Mais, s'ils ne savent pas complétement qu'ils s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien doit-il les en instruire? Nous ne le pensons pas. N'y a-t-il pas, en effet, de l'inconvénient à les préoccuper ainsi au moment où ils vont subir une opération? Nous croyons donc que l'appréciation des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme doit être entièrement laissée à la sagacité du chirurgien, et ne peut rigoureusement faire encourir à celui-ci aucune responsabilité. La seule condition que nous y mettions, c'est que le malade en ait exprimé vivement le désir.

Un des considérants du jugement rendu dernièrement par le tribunal de police correctionnelle de Paris, à propos de l'affaire Triquet, porte qu'on ne doit recourir au chloroforme « que dans les opérations les plus » graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force » physique du malade, et dans celles où l'immobilité est une condition » essentielle au succès de l'opération. »

Malgré le respect que nous inspirent les arrêts de la justice, nous n'hésitons pas à dire que, si les règles que nous venons d'énoncer passaient dans la jurisprudence, il faudrait renoncer à l'anesthésie, ou

laisser le corps médical sous le coup de la responsabilité la plus grave.

Tous les chirurgiens savent très bien que ce n'est point d'après la gravité des opérations, mais d'après l'intensité de la douleur qu'elles doivent causer qu'ils se déterminent à faire usage du cbloroforme. De plus, s'il faut réserver celui-ci pour les opérations dans lesquelles, suivant les termes du considérant, la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, nous ne savons réellement s'il en existe de pareilles; et, à ceux qui soutiendraient le contraire, nous demanderions si, depuis la découverte du chloroforme, la chirurgie s'est enrichie de quelque opération auparavant rejetée comme trop douloureuse.

L'arrêt dont il s'agit admet l'emploi du chloroforme dans le cas où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération.

Il semblerait résulter de cette opinion que le chloroforme a apporté dans la pratique de la chirurgie une sécurité inconnue avant lui. Eh bien ! nous n'hésitons pas à le dire, c'est encore là une erreur. En effet, avant que l'emploi des anesthésiques fût connu, les malades qui se décidaient à subir une opération puisaient dans leur propre volonté la force nécessaire pour rester immobiles ; ou bien ils pouvaient être contenus par des aides, lorsqu'on craignait que leur volonté ne fût impuissante. Depuis l'usage du chloroforme, on obtient, il est vrai, l'immobilité en poussant l'inhalation jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à presque la résolution; mais on ne peut jamais savoir quelle sera la durée de cet état; et souvent il arrive qu'avant la fin de l'opération les malades exécutent des mouvements automatiques involontaires, et d'autant plus préjudiciables qu'ils sont imprévus et violents. Il n'est pas un chirurgien qui, opérant avec de telles conditions, n'ait été plus ou moins gêné dans ses actes et n'ait regretté l'obligation où il avait été de recourir à l'anesthésie. Nous dirons donc ici avec assurance que, si le cbloroforme est un bienfait pour l'bumanité, qu'il soustrait à la douleur, il est certainement pour la cbirurgie une source de préoccupations et de difficultés.

J'ai hâte, messieurs, de terminer ce travail. L'observation de M. Vallet et celles que nous en avons rapprocbées prouvent que le cbloroforme et l'éther, alors même qu'ils sont purs et bien administrés, peuvent déterminer la mort.

Sans doute, la théorie ne permettait pas de méconnaître les dangers de l'anesthésie. Comment concevoir, en effet, qu'un agent qui jouit de la singulière propriété de suspendre la sensibilité, d'empêcher

la douleur, cette sentinelle de la vie, qui permet à l'homme de se soustraire aux causes de destruction dont il est environné; comment concevoir, dis-je, qu'un tel agent puisse être toujours impunément employé? Mais ce qu'on ne pouvait prévoir et ce que l'expérience seule a révélé, c'est que la mort a lieu d'une manière imprévue, soudaine, comme par une espèce de sidération, sans que l'on puisse arrêter la marche des accidents ou en conjurer la terminaison funeste.

Il est vrai de dire que les malheurs imputables au chloroforme sont en proportion très minime, eu égard au nombre immense des circonstances où on a recours à lui. Mais il est vrai aussi que, les prédispositions individuelles auxquelles il emprunte sa léthalité ne pouvant être prévues, la question de vie ou de mort est réellement posée pour le malade, toutes les fois qu'on en fait usage, ainsi que l'a fort bien dit notre honorable collègue M. Sédillot.

Aussi le chirurgien prudent devra-t-il toujours avoir devant les yeux cette terrible éventualité, et s'entourer, par conséquent, de toutes les précautions que la prudence réclame. Ces précautions sont évidemment de ne recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, de l'administrer sagement, suivant toutes les règles aujourd'hui indiquées, et en surveillant surtout très attentivement l'état du pouls et de la respiration. C'est ainsi seulement qu'il pourra mettre à l'abri sa responsabilité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de lui-même.

La commission dont je suis l'organe a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Vallet de son intéressante communication;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

Après cette lecture, la Société décide que la discussion sera renvoyée à quinzaine, lorsque le rapport aura été imprimé.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire de la Société, A. Laborie.

Séance du 15 juin 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Bonnafont présente un soldat qui reçut un coup de feu en décembre 1851. Une balle vint frapper latéralement la jambe à sa partie supérieure et traversa obliquement le tibia de dehors en dedans et

d'avant en arrière. Les accidents les plus graves succédèrent à cette lésion, et plusieurs fois on dut agiter la question de savoir si l'amputation ne serait pas pratiquée. Actuellement le malade est guéri ; la cicatrice est parfaite.

A propos de ce malade, M. Huguier signale la différence des résultats quand la plaie, au lieu de siéger sur la partie spongieuse de l'os, intéresse la substance compacte ; alors la guérison ne peut se faire si l'on n'a pas recours à l'amputation.

Après quelques observations de M. Guersant et de M. Larrey, la Société décide qu'il ne sera pas donné suite à cette discussion, qui sera réservée pour une autre occasion.

Kyste canaliculé du cou.

M. Larrey présente de nouveau le malade du Val-de-Grâce chez lequel existait un kyste du cou, dans des conditions telles qu'il a cru devoir lui donner le nom de *kyste canaliculé*. Le traitement à l'aide des injections iodées a eu un résultat satisfaisant. Le liquide, poussé dans l'ulcération fistuleuse susternale et parcourant le conduit accidentel, a pénétré facilement dans le kyste thyroïdien, qui s'est oblitéré peu à peu, ainsi que le canal, dont la consistance, épaissie par l'adossement et l'induration de ses parois, donne au toucher la sensation d'un cordon fibreux. L'ulcération enfin est réduite à un pertuis très fin d'où s'écoule à peine chaque jour une gouttelette de sérosité, et le malade est à la veille de sortir de l'hôpital.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° L'*Association medical journal*, juin 1853 ;

2° Une brochure de M. le docteur Décès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, sur un nouveau procédé de trachéotomie, ou de la trachéotomie sous-cricoïdienne ;

3° Une thèse de concours pour l'agrégation, sur les grossesses extra-utérines, par M. Alexis Moreau.

A propos de la correspondance, M. Giraldès demande la parole pour communiquer une lettre qu'il a reçue de M. Buret-Dubuisson, qui fait remettre sur le bureau un certain nombre de flacons contenant une solution de perchlorure de fer pour être mis à la disposition des membres de la Société. (Remercîments.)

M. Larrey dépose sur le bureau une note sur une méthode nouvelle de ligature des artères, avec trois instruments (pinces-ténaculum), adressés à la Société de chirurgie par M. Jean Apostolides, licencié de

la Faculté de médecine d'Athènes. (Commissaires : MM. Larrey, Michon et Voillemier.)

M. Lallemand dépose sur le bureau un mémoire imprimé dont nous transcrivons le titre : *Mémoire sur les goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère, et sur leur traitement*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bonnet (de Lyon), par M. Philipeaux ;

Plus, un autre mémoire également imprimé, *Sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations*, par M. Bonnet (de Lyon).

M. Lallemand donne en outre communication d'une observation d'anévrisme de l'artère sous-clavière guérie par la cautérisation. Cette observation est lue par le secrétaire, M. Laborie. (Nous la transcrivons.)

Anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc.

(Observation rédigée par M. le docteur Philipeaux.)

Auguste Gauthier, âgé de vingt-cinq ans, natif de Montagny (Saône-et-Loire), et cultivateur dans les environs de Lyon, reçut, dans une rixe, le 5 décembre 1852, plusieurs coups de couteau, dont un porta dans la région sus-claviculaire gauche, et produisit les accidents graves que nous allons rapporter.

Le premier effet de l'action de cet instrument, dirigé de haut en bas, et profondément plongé à la base de la région sous-claviculaire, presque immédiatement au-dessus de la clavicule, fut une plaie qui donna aussitôt issue à un écoulement de sang artériel considérable, qu'on chercha à arrêter immédiatement en réunissant la plaie par deux points de suture entrecoupée et par la compression. Ce traitement ne réussit à faire cesser l'hémorrhagie que d'une manière temporaire. Les bords de la plaie ne purent se réunir ; et malgré la compression, l'écoulement de sang se renouvela à diverses reprises. Au bout de huit jours il y eut une hémorrhagie très abondante, à laquelle en succédèrent progressivement de plus en plus rapprochées. Et comme dans la troisième semaine, c'est-à-dire entre le 25 décembre et le 1er janvier, elles se reproduisirent à deux reprises différentes avec une intensité qui annonçait une fin prochaine si on n'y remédiait pas le plus promptement possible, on décida ce malade à se rendre aussitôt à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La douleur produite par cet accident fut extrêmement vive dès le début. Gauthier nous raconta qu'il ne pouvait rester en place, tant sa

souffrance était vive. La nuit comme le jour, il se levait à chaque instant de son lit, espérant par ce moyen apporter un soulagement à ses maux, et courait éperdu dans sa chambre en poussant des cris très plaintifs. Ce fut à la suite de ces pérégrinations incessantes qu'il prit froid et qu'il contracta, par suite, une bronchite et une extinction de voix très prononcée.

La plaie sus-claviculaire et l'hémorrhagie qui en fut la conséquence ne furent pas les seuls accidents qui se montrèrent dès le début. Ce jeune homme fut atteint en même temps d'une paralysie du membre supérieur correspondant. Les doigts seuls purent cependant exécuter quelques mouvements pendant les quinze à vingt jours qui suivirent.

Admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, nº 34, le 1er janvier 1853, c'est-à-dire trois semaines après l'accident, on put constater ce qui suit :

Epuisé par des hémorrhagies antérieures et qui s'étaient renouvelées à des intervalles très fréquents, Gauthier, doué jusqu'alors d'une bonne santé et d'une constitution pléthorique, présentait tous les signes de l'anémie : sa face était pâle et bouffie, les lèvres et les conjonctives décolorées ; il était d'une faiblesse extrême, à peine pouvait-il se tenir debout ; son pouls était petit et fréquent. Sa face exprimait la souffrance la plus vive, et dans le but de modérer les douleurs qu'il ressentait au niveau de la région sus-claviculaire gauche, ce malade prenait au lit l'attitude suivante. Assis sur son séant, le tronc fortement incliné en avant, sa tête était penchée du côté lésé. Cette position, très pénible sans doute, était néanmoins la seule qui pût procurer à ce jeune homme un peu de soulagement. Il cherchait, par cette attitude, à éviter, disait-il, une compression douloureuse produite par la clavicule lorsqu'il prenait une autre position.

A la base du triangle sus-claviculaire gauche, presque immédiatement au-dessus de la clavicule, il existait une tumeur du volume des deux poings. Elle était mal circonscrite, molle, sans présenter toutefois de fluctuation manifeste, et s'étendait transversalement depuis le tiers interne de la clavicule jusqu'au bord externe du trapèze ; de forme arrondie, la portion de sphère qu'elle décrivait de bas en haut avait environ 14 centimètres d'étendue.

A peu près au centre de cette tumeur se trouvait une plaie longue de 24 millimètres sur 9 de large ; elle était dirigée de haut en bas et fermée par un caillot de sang à moitié desséché. La main, appliquée sur cette tumeur, y percevait des battements isochrones à ceux du pouls et un mouvement d'expansion prononcé. Le stéthoscope faisait enteudre un bruit de souffle bien manifeste dans une surface arrondie

de 25 centimètres de diamètre. Tout le membre supérieur gauche était atteint d'une paralysie du sentiment et du mouvement ; la main était œdématiée, et par moments elle était le siége de quelques douleurs assez vives ; il n'y avait pas de pulsations dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

Avec l'appareil volta-faradique de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) on ne pouvait déterminer aucune contraction, ni aucune sensibilité dans les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main. Le grand dentelé, le rhomboïde et le trapèze étaient les seuls muscles qui répondaient à l'action stimulante de la faradisation localisée.

Quelle était la nature de cette tumeur ? Les hémorrhagies artérielles fréquentes auxquelles elle dounait lieu, le bruit de souffle, d'expansion et les battements isochroues à ceux du pouls que l'on y percevait indiquaient suffisamment qu'il s'agissait dans cette circonstance d'un anévrisme consécutif à la lésion d'une artère volumineuse.

Quelle était l'artère qui avait été lésée ? Etait-ce la sous-clavière, la scapulaire supérieure, la cervicale transverse ?

M. le professeur Bonnet pensa qu'il s'agissait dans ce cas d'un anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière ou du tronc de l'une des principales artères qui en partent. Il avait été conduit à porter ce diagnostic par le fait suivant. La tumeur, qui avait donné lieu à des hémorrhagies très fortes, existait juste à la base du triangle sus-claviculaire, et la plaie à laquelle elle avait succédé avait été faite par la lame d'un couteau qui avait frappé de haut en bas et pénétré à une grande profondeur. Ce qui venait encore corroborer son diagnostic, c'est que l'on ne percevait aucun battement dans les artères axillaire, radiale et cubitale, et que le plexus brachial avait été sectionné, puisque aussitôt après l'accident il était survenu une paralysie complète de l'épaule et de tout le membre supérieur, et qu'il n'y avait plus que le trapèze, le rhomboïde et le grand dentelé qui se contractassent sous l'influence de l'électricité. Or, tout le monde sait que ces muscles sont énervés par des nerfs qui prennent naissance de quelques-uns des troncs nerveux qui concourent à former le plexus brachial.

Le diagnostic établi, il restait à savoir quelle était la méthode de traitement qu'il fallait mettre en usage.

En présence de ce terrible accident, qui compromettait nécessairement la vie de ce malade, M. Bonnet voulut, avant de tenter un moyen curateur, s'éclairer de l'avis de ses honorables confrères. A cet effet, MM. Pétrequin, professeur de clinique chirurgicale ; Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Desgranges et Valette, chirurgiens dudit

hôpital, furent consultés. Ils furent tous unanimes pour déclarer que la compression, qui ne pouvait se faire que sur la tumeur elle-même, était impuissante; que la galvano-puncture ne pouvait être mise en usage, parce qu'il était impossible d'arrêter momentanément le cours du sang dans la tumeur en comprimant l'artère sous-clavière en dedans de la tumeur. Il ne leur parut devoir être tenté, comme la seule chance de salut pour le malade, que la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes.

Les injections avec le perchlorure de fer dans le but de coaguler le sang, et dont la science est redevable à M. le docteur Pravaz, n'étaient pas encore découvertes à cette époque, et il est permis de douter qu'elles eussent fourni dans cette circonstance les résultats si avantageux qu'elles permettent d'espérer.

La ligature en dehors et entre les muscles scalènes ne pouvait être raisonnablement tentée; car, pour l'exécuter dans ces lieux, on était obligé d'intéresser nécessairement la tumeur anévrismale.

La ligature en dedans des scalènes, très difficile et dangereuse à exécuter quand il s'agit de l'artère sous-clavière droite, le devenait d'autant plus dans ce cas qu'on avait affaire à l'artère sous-clavière gauche, qui se trouve, comme on sait, beaucoup plus profondément placée, et dans des rapports tels avec le sommet du poumon qu'il est presque impossible d'isoler l'artère sans intéresser la plèvre et sans produire dès lors des accidents très redoutables; de plus, on est obligé de lier ce vaisseau dans un point où le canal thoracique vient s'ouvrir dans la veine sous-clavière gauche très voisine de l'artère, de sorte que l'on peut s'exposer à léser des vaisseaux indispensables à la vie. On ne pouvait pas non plus songer à la méthode de Brasdor, c'est-à-dire à la ligature de l'artère au-dessous de la tumeur; car elle devenait inutile, puisqu'il n'existait aucune pulsation dans l'artère axillaire.

Tous ces motifs décidèrent M. Bonnet à rejeter la ligature de l'artère sous-clavière.

Que restait-il donc à faire ? Rien d'efficace si on s'en fût tenu aux méthodes conseillées. Pour tenter la cure de cet anévrisme, M. Bonnet, éclairé par plusieurs observations antérieures sur la puissance avec laquelle la pâte de chlorure de zinc coagule le sang et prévient toute hémorrhagie, résolut de se servir de ce caustique et de l'appliquer à la destruction de cet anévrisme (1).

(1) C'est à M. le docteur Canquoin que la pratique est redevable de la pâte de chlorure de zinc.

Il indique pour la préparation de cette pâte trois formules, qui ne diffèrent

Il espérait qu'en appliquant chaque jour sur la tumeur une couche de chlorure de zinc, il coagulerait le sang, arrêterait toute hémorrhagie, produirait un caillot obturateur, dont il enlèverait successivement couche par couche les parties les plus superficielles, et amènerait par cette cautérisation une inflammation adhésive capable d'oblitérer le vaisseau.

Pour obtenir ce résultat, il se proposait :

1° D'appliquer chaque jour une nouvelle couche de caustique sur l'eschare produite, afin de cautériser profondément la tumeur et d'empêcher la chute des parties mortifiées avant la coagulation complète du sang ;

2° Dès que le bruit de souffle aurait entièrement cessé, ainsi que le

---

entre elles que par la variété de proportions des deux substances constitutives, la farine de seigle et le chlorure de zinc.

La pâte formule 1 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	2 —

La pâte formule 2 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	3 —

La pâte formule 3 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	4 —

Pour préparer cette pâte, on agit de la sorte :

Les deux substances placées dans un mortier sont préalablement mélangées intimement ; puis on leur ajoute une quantité d'eau suffisante pour former une pâte de consistance moyenne, qu'on préserve du contact de l'air en l'enveloppant d'une couche de farine sèche. On l'étend ensuite au moyen d'un rouleau en couches minces qui acquièrent avec le temps assez de consistance et d'élasticité.

Pour s'en servir, on approprie la forme du morceau de pâte à celle de la partie que l'on veut détruire.

M. Bonnet se sert d'une pâte formée de parties égales de chlorure de zinc et de farine.

La viscosité extrême de la pâte que la farine de seigle forme avec l'eau s'oppose à ce que cette pâte puisse être étendue sur de la toile en couches régulières, afin de pouvoir la découper suivant la forme de l'eschare qu'on veut produire.

Pour obvier à cet inconvénient, on substitue à l'eau l'alcool : la pâte formée au moyen de ce liquide n'a ni la cohésion ni la viscosité de la première ; elle peut être étendue au moyen d'un rouleau avec la plus grande facilité sur de la toile, de manière à former une sorte de sparadrap qu'il est très facile de découper.

Cette dernière préparation appartient à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

mouvement d'expansion de la tumeur, c'est-à-dire lorsqu'il aurait acquis par cet indice la certitude qu'aucune hémorrhagie inquiétante ne serait plus à craindre, puisque le sang se trouverait coagulé dans la poche anévrismale, il devait alors enlever chaque jour une couche de l'eschare, la remplacer par une couche analogue de chlorure de zinc, et ne s'arrêter que lorsque la tumeur serait détruite et qu'il serait parvenu à atteindre les tissus profonds sur lesquels elle reposait.

Il était d'autant plus porté à utiliser dans ce cas cette méthode de traitement qu'il n'avait pas à craindre d'intéresser le plexus brachial, puisque ce dernier était déjà complétement sectionné, comme je l'ai dit plus haut.

Le 6 janvier, M. Bonnet appliqua sur la plaie un morceau de pâte de chlorure de zinc de 2 centimètres de diamètre. Comme on devait s'y attendre, ce caustique provoqua aussitôt après son application une douleur très vive, et produisit une eschare sèche qui arrêta tout écoulement de sang.

A partir du troisième jour de cette cautérisation, c'est-à-dire du 9 jusqu'au 20 janvier, il se contenta d'enlever chaque matin la partie de peau qui avait été mortifiée par le caustique, et de placer sur l'eschare produite une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc.

A cette époque, c'est-à-dire quatorze jours après le début de ce traitement, M. Bonnet constate, en présence de MM. Lallemand, membre de l'Institut, et Pravaz, directeur de l'établissement orthopédique de Lyon, que les battements de la tumeur ont totalement disparu, que le bruit de souffle ne s'entend plus. La tumeur n'a pas cependant diminué de volume; elle n'a pas cessé, au contraire, de s'accroître. Cette apparente contradiction s'explique par la grande épaisseur de l'eschare, qui a 8 centimètres de diamètre, et par l'inflammation qui s'est produite dans les tissus environnants.

Le 25 janvier, survint pendant la nuit une hémorrhagie artérielle. On put l'arrêter rapidement en faisant une application de chlorure de zinc, et en exerçant la compression. Mais cette méthode ne suffit pas pour prévenir de nouvelles hémorrhagies, qui se reproduisirent les 27, 28, 29, 30 et 31 janvier. La vie du malade parut alors gravement menacée. M. Chalamet, interne de service, eut l'idée de renouveler le pansement matin et soir et d'employer comme méthode préventive contre l'hémorrhagie l'application de la pâte, qui réussissait toujours à l'arrêter.

Dès ce moment, il n'y eut plus d'écoulement de sang : les hémorrhagies avaient paru se faire entre les parois de la poche anévrismale et le caillot, qui n'occupait probablement que la superficie de la tumeur.

Pendant les huit premiers jours qui suivirent les hémorrhagies, c'est-à-dire du 1er au 8 février, on n'osa pas enlever les parties superficielles de l'eschare; mais à cette époque, pour rendre la cautérisation plus égale et la faire plus en profondeur qu'en largeur, on commença à enlever les couches superficielles de la partie brûlée, qui avait alors 12 centimètres transversalement et 10 en hauteur.

Au bout de quatre jours de ces opérations, on pénétra dans la poche anévrismale elle-même. Le caillot, formé de couches concentriques coagulées, et d'une teinte rougeâtre, occupait le centre, et tout autour l'on distinguait aisément les parties cautérisées, qui avaient la couleur blanche que le chlorure de zinc donne à tous les tissus.

A mesure que l'action de plus en plus profonde du caustique permit d'enlever de nouvelles couches, le sac anévrismal fut découvert dans une étendue de plus en plus grande, et ce ne fut que le 13 février que l'on s'arrêta dans ces excisions et ces cautérisations successives. La surface de l'anévrisme mise alors à découvert était elliptique; elle avait 9 centimètres en travers et 7 en hauteur; elle se détache successivement, et le 21 elle ne tient déjà plus que par sa partie profonde. On n'ose pas l'enlever, quoiqu'elle se trouve mobile, de crainte de provoquer une hémorrhagie. Le liquide sanieux qui s'écoule de cette cavité, où existe une suppuration abondante, altère la santé du malade, qui perd l'appétit, prend de la diarrhée, et est sujet à quelques accès fébriles. Il est soumis à l'usage du vin de quina et de quelques autres préparations pharmaceutiques. Le traitement ne tarde pas à vaincre les accidents.

Le 1er mars, l'eschare, dont on a enlevé chaque jour la partie détachée, cède à une douce traction, et laisse à nu une plaie large et profonde, au fond de laquelle on voit à nu des tronçons des nerfs qui forment le plexus brachial; ils sont insensibles au toucher. Le sterno-mastoïdien est disséqué en dessous, à sa partie inférieure. En plongeant le doigt dans l'intérieur de cette plaie, on ne trouve plus de trace de l'artère sous-clavière; on sent seulement que la carotide primitive bat très près du fond de cette solution de continuité.

Cette vaste plaie, d'où s'écoule une abondante suppuration, est pansée chaque matin et soir avec de la charpie sur laquelle on a étendu de la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Sulfate de zinc.	1 —

Elle prend peu à peu un bon aspect. Des bourgeons charnus comblent peu à peu cette vaste cavité. Le malade n'éprouve plus de dou-

leurs si vives; son moral se relève, ainsi que ses forces; l'appétit revient, de même que le sommeil; il voit sa santé se rétablir chaque jour de plus en plus.

Les cautérisations successives qu'il avait fallu faire avaient tellement affaibli ses forces, que ce malade ne pouvait plus depuis quelque temps se lever, ni changer la position qu'il avait prise, le décubitus dorsal. A cette époque, ses forces étaient déjà revenues à ce point qu'il s'asseyait sur son lit sans le secours d'un aide.

Le 24 mars, il faisait déjà le tour de la salle en s'appuyant sur le bras d'un de ses camarades.

Depuis cette époque jusqu'au 20 avril, la santé de Gauthier est allée toujours en s'améliorant. La cicatrisation de la plaie a fini par devenir à peu près complète, et il a pu quitter l'hôpital parfaitement guéri de son anévrisme, le 26 du même mois, c'est-à-dire après deux mois et demi de traitement.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il avait déjà pris de l'embonpoint; il marchait pendant un quart d'heure sans se fatiguer; il ne lui restait de sa plaie qu'une ulcération superficielle et de peu d'étendue; la paralysie du membre supérieur persistait, et l'on ne percevait aucun battement dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

— A la suite de cette lecture, M. Roux fait observer que cette communication, fort intéressante, du reste, lui paraît cependant laisser quelques *desirata* quant à la source bien positive de l'hémorrhagie. Si, en effet, il s'agissait d'une lésion de l'artère sous-clavière, la mort n'aurait-elle pas dû être immédiate?

M. Maisonneuve signale tout l'intérêt qui doit s'attacher à cette observation. Elle démontre, avec beaucoup d'autres faits, la puissance des caustiques pour détruire de gros vaisseaux, sans cependant déterminer d'hémorrhagies. Il a, pour son compte, fréquemment employé des caustiques de différentes espèces, et a pu reconnaître au milieu des tissus mortifiés qu'il enlevait de grosses artères. Ainsi, il rappelle qu'il a présenté à la Société une eschare comprenant dans son épaisseur l'artère fémorale. Il s'était servi dans ce cas du caustique de Vienne. Dans une autre circonstance, en se servant de l'acide nitrique mono-hydraté, il a enlevé une tumeur cancéreuse du cou siégeant dans la région parotidienne, et dans l'eschare se trouvait comprise l'artère carotide.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 22 juin 1853.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Guersant présente à la Société le jeune garçon qui portait sur la mâchoire inférieure, au niveau du bord gencival, une tumeur de nature douteuse. L'opération a été pratiquée à l'aide d'une cisaille courbe. La totalité de la tumeur et la partie du rebord alvéolaire à laquelle elle adhérait ont été enlevées d'un seul coup. Au fond de l'encoche résultant de l'opération apparaît une dent de seconde dentition.

M. Guersant a dû, pour rendre plus facile le jeu de l'instrument, fendre la commissure obliquement en bas. La réunion a été obtenue régulière et par première intention.

— M. Chassaignac présente ensuite trois malades.

Le premier est un adulte qui avait déjà été présenté à la Société dans sa séance du 2 mars 1853. Il portait dans la synoviale du genou droit deux corps étrangers inégaux en volume, mais qui tous deux pouvaient être fixés dans le cul-de-sac interne et inférieur de la synoviale. C'est dans ce lieu que la capsule fut ouverte par la méthode sous-cutanée. Le corps le plus volumineux se fraya un passage et fut refoulé par pression jusque vers la partie interne et susmalléolaire de la jambe. Ce corps, qui avait un volume à peu près égal à une très grosse amande, donna lieu à un phlegmon angioleucitique qui nécessita plusieurs incisions. Aujourd'hui le malade est parfaitement rétabli et en état de reprendre ses travaux. L'hydarthrose dont le genou droit était le siége s'est complétement résorbée, et il y a eu ceci de remarquable, que le plus petit des deux corps articulaires qui, au moment de l'ouverture de la capsule, s'était perdu dans l'articulation et n'a pu être ramené sous la peau, ne peut plus être perçu ni par les recherches du malade, ni par l'investigation clinique la plus minutieuse. A-t-il contracté des adhérences qui l'auraient désormais fixé dans une partie profonde de la capsule? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Toujours est-il qu'il a cessé de causer aucune gêne au malade.

Le second cas se rapporte à un vieillard dont l'épaule droite, énormément tuméfiée, présente une hydarthrose avec déformation des surfaces articulaires par suite d'une arthrite chronique dont l'origine date

d'il y a trois ans. A cette époque, et dans un mouvement que fit cet homme pour se soulever, il sentit un craquement dans l'épaule droite, qui depuis lors n'a jamais repris ses conditious normales. Y eut-il luxation? Y eut-il fracture? C'est ce qu'il a été impossible de préciser d'après le récit du malade. Aujourd'hui l'état de l'articulation offre ceci de remarquable, que quatre *situations stables* peuvent être successivement données à la tête de l'humérus, de manière à représenter :

1° La position de la tête dans la cavité glénoïde ;

2° La luxation en bas ;

3° La luxation en avant ou dans la fosse sous-scapulaire ;

4° La luxation en arrière ou dans la fosse sous-épineuse.

Que par suite de l'énorme ampliation qu'a prise la capsule, la tête de l'os puisse être portée en différents sens, et cela dans une grande étendue, il n'y a là rien qui ne se conçoive facilement. Mais ce qu'il y a de curieux dans ce cas particulier, c'est que chacune des situations qui viennent d'être mentionnées persiste spontanément aussi longtemps qu'on ne la réduit pas par des manœuvres appropriées. Si on élève fortement le bras en refoulant de haut en bas la tête humérale, elle descend à un degré tel, qu'elle a évidemment perdu dans le sens vertical tout rapport de contact avec la cavité glénoïde. Arrivée là, elle y reste sans que le bras soit soutenu autrement que par l'action des muscles. Il en est de même pour la luxation en avant et la luxation en arrière.

On reconnaît de plus que la tête de l'humérus, aussi bien que la cavité glénoïde, présente un accroissement de dimensions et une destruction des cartilages qui rapprochent l'altération actuelle de l'état qui a été décrit à l'articulation de la hanche sous le nom de *morbus coxæ senilis*.

M. Chassaignac présente ensuite une jeune femme de vingt-deux ans, sur laquelle a été pratiquée, il y a deux mois, l'ablation d'une exostose considérable intéressant les trois derniers métatarsiens du pied droit, et particulièrement le troisième et le quatrième, qui font corps avec la tumeur osseuse et sont intimement confondus avec sa substance; une seule incision a suffi pour l'ablation de cette tumeur, qui a nécessité la section des métatarsiens au moyen de la scie à chaîne, et la désarticulation des métatarsiens d'avec les orteils correspondants. Ceux-ci ont été conservés. Le pied ne présente aucune déformation.

L'opération a été pratiquée le 23 avril, et aujourd'hui 22 juin la malade se sert de son pied sans aucune difficulté.

MM. Follin et Houel se sont chargés de l'examen de la tumeur, qui est bien positivement une exostose, mais qui offre quelque chose d'é-

trange dans ses rapports avec les métatarsiens. La malade s'était aperçue de l'existence de la tumeur dès l'âge de douze ans. Le développement progressif de cette dernière, l'inflammation de la bourse sous-cutanée qui la couvrait, ont porté cette jeune femme à réclamer les secours de la chirurgie.

— M. HUGUIER montre une jeune femme qui offrait une tumeur volumineuse oblongue siégeant à la partie interne de l'humérus, audessus de l'épitrochlée. On pouvait penser, en raison de la position qu'elle occupait, qu'elle était produite par une dégénérescence des ganglions susépitrochléens. M. Huguier se décida à enlever cette masse, qui adhérait profondément. Pour éviter la lésion du nerf cubital, il commença l'opération par la partie inférieure. Cette précaution fut très utile, le nerf pénétrant en effet dans le centre même de la tumeur; il fallut le disséquer et l'isoler avec soin.

En poursuivant l'opération, on reconnut que la tumeur adhérait au périoste, avec lequel elle se confondait, et qu'elle montait vers le faisceau commun des vaisseaux et des nerfs du bras. On dut ne pas l'enlever en totalité.

La malade a parfaitement bien guéri, et malgré les rapports intimes de la tumeur avec les nerfs, il n'y eut jamais, ni avant ni après l'opération, aucune douleur dans le trajet de ces nerfs. La tumeur était squirrheuse.

— Après la lecture du procès-verbal, M. BOINET demande la parole à propos du malade présenté par M. Bonnafont dans la dernière séance.

M. Boinet a eu à traiter un individu qui avait une fracture compliquée de la jambe. Malgré les accidents les plus graves, et par la simple ablation de plusieurs esquilles, il put sauver le membre malade. Cette observation démontre, avec beaucoup d'autres, que l'on ne doit jamais se hâter de pratiquer une amputation à la suite des lésions traumatiques en apparence les plus graves.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° *Association medical journal*, juin; *Revue de thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel, 15 juin.

2° Thèse du concours de l'agrégation : *Des rétrécissements de l'œsophage*, par M. E. Follin.

3° Une brochure intitulée : *Communication à l'Académie de médecine de Paris sur l'éthérisation*, par M. Delabarre fils.

— A propos de la correspondance, M. GIRALDÈS annonce qu'il a reçu

un mémoire de M. Burin-Dubuisson, et une lettre annonçant une maladie très grave de M. Pravaz.

Le mémoire sera lu dans la première séance.

— La Société procède ensuite à l'élection des membres du bureau pour entrer en fonction le premier mercredi de juillet.

Ont été élus :

Président : M. Denonvilliers.
Vice-président : M. Huguier.
Secrétaire : M. Laborie.
Vice-secrétaire : M. Follin.

M. Debout, pour des raisons de santé, ayant donné sa démission de trésorier, M. Houel est nommé pour le remplacer.

Comité de publication : MM. Cullerier, Chassaignao, Gosselin.

Commission des congés : MM. Larrey, Giraldès, Marjolin.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Deguise fils prend la parole en ces termes :

Après avoir écouté avec la plus religieuse attention la leoture du rapport de M. Robert, j'ai été frappé des contradictions qu'il renfermait; après l'avoir lu moi-même, mon sentiment n'a pas changé.

M. Robert commence par citer textuellement l'observation de M. Vallet, et la fait suivre de six autres observations recueillies et ohoisies avec intention au milieu du chiffre énorme de plus de quatre-vingts faits de mort par le chloroforme.

L'action délétère du chloroforme bien établie, M. Robert s'est demandé s'il était possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats; et, à cet effet, il a passé en revue les opinions émises par MM. Baudens, Sédillot et Chassaignac.

A M. Baudens, qui s'étaye de la théorie de M. Flourens sur l'action successive et progressive du chloroforme pour établir en principe : qu'il faut se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles, pour prévenir tout accident; à M. Baudens, dis-je, M. Robert répond en lui montrant Marie Stoch, tenant elle-même le mouchoir sous son nez jusqu'au moment où elle s'écrie : « J'étouffe! » et meurt. Je passe, pour abréger, les faits de MM. Barrier et Confévron.

A M. Sédillot, qui n'admet le danger des inhalations anesthésiques qu'autant que le chloroforme est impur ou mal administré, M. Robert objecte que dans les observations qu'il a citées, le chloroforme a été constaté d'une pureté irréprochable, et que dans tous les cas, quoique toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été

ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies.

A M. Chassaignac, qui recommande de n'opérer que dans la période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, il fait remarquer que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période de tolérance pût être obtenue.

M. Robert constate donc qu'il n'est pas possible de prévoir ni de prévenir les fâcheux résultats du chloroforme.

Examinons maintenant si, les accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Or les moyens les plus recommandés pour conjurer les accidents sont, de l'aveu de M. Robert, complétement impuissants; il n'en excepte même pas les insufflations pulmonaires, malgré la pensée contraire exprimée par MM. Plouviez et Ricord.

En résumé, messieurs, M. Robert, s'appuyant sur des faits qu'il aurait pu, il nous l'a dit, rendre plus nombreux, mais qu'il a choisis à dessein afin que leur authenticité fût irrécusable, établit :

1° Que l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée ;

2° Qu'il n'est pas possible d'en prévoir ni d'en prévenir les fâcheux effets ;

3° Que, lorsque les accidents surviennent, il n'est pas possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Après un tel aveu, devions-nous plus tard nous attendre à ces paroles de M. Robert : « Il n'est plus au pouvoir de personne d'empêcher » l'usage du chloroforme ; les malheurs du chloroforme n'y feront pas » plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'u» sage de ces précieux moyens de transport. » Ou bien encore : « Le » chloroforme, employé suivant les règles de l'art, ne pourra jamais » engager la responsabilité du chirurgien. Il suffira que le malade en » ait vivement exprimé le désir. »

Je le demande de bonne foi à vous tous, messieurs, qui avez le mémoire de M. Robert entre les mains, n'y a-t-il pas là de quoi confondre la logique la moins sévère ?

La comparaison que vous, monsieur Robert, avez empruntée à M. Chassaignac est-elle bien juste? Je ne le crois pas. Encore quelques années, et personne, du moins en France, voulant entreprendre un voyage, n'aura le choix du véhicule, puisqu'il n'y aura plus que

des wagons ; tandis que, je l'espère bien, on pourra toujours faire de la chirurgie sans chloroforme. Mais j'admets que votre comparaison soit bonne, qu'elle soit inattaquable : alors prenez garde à l'autorité, à la loi, qui viendront vous demander compte des malheurs que vous aurez causés, qui à chaque instant viendront soumettre à des enquêtes les faits de votre pratique chirurgicale.

Toutes ces tracasseries, les éviterez-vous en objectant à l'autorité : Le chloroforme est une des plus précieuses conquêtes de la chirurgie ? Quels services n'a-t-il pas rendus ! Vous aurez beau dire encore : Les malades qui sont morts avaient vivement exprimé le désir d'être chloroformisés.

L'autorité ne vous écoutera pas plus qu'elle n'écoute l'administration du chemin de fer qui, à la suite d'un désastre quelconque opéré sur sa ligne, voudrait s'opposer à la marche de la justice en s'écriant : Les chemins de fer sont une des plus précieuses conquêtes de l'industrie moderne ; ou bien : Notre ligne rend de si grands services, et puis les malheureux qui ont été brûlés, écrasés, noyés, etc., avaient vivement réclamé leurs places ! !

Non, monsieur Robert, à vous comme à l'administration du chemin de fer il vous faudra d'autres arguments pour vous défendre d'avoir causé un homicide.

Ces arguments, où les prendrez-vous? Sauverez-vous votre responsabilité en disant : J'ai suivi les règles de l'art ? Alors je vous demanderai : Où sont ces règles, puisque dans votre rapport vous vous êtes attaché à démontrer que dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme inconnue dans sa nature? « Cette disposition, avez-» vous ajouté, peut même se développer instantanément, et de telle » sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à » l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence » de cet agent. » Enfin, pour parachever cette instruction, n'avez-vous pas dit : « Jusqu'à ce jour la science ne possède aucun moyen de re-» connaître ces idiosyncrasies ? »

Un mot encore et je termine.

Les règles auxquelles vous paraissez attacher le plus de confiance sont celles indiquées par M. Sédillot. Ces règles consistent, avez-vous dit, « à ménager la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des » doses faibles de chloroforme....., à suspendre l'usage du chloro-» forme lorsque la résolution musculaire se manifeste, pour le repren-» dre à la moindre trace de mouvement.... »

Vous déclarez « que vous ne vous écartez jamais de ces préceptes, » que vous voudriez qu'ils fussent toujours présents à l'esprit de tous les chirurgiens, et puis quelques pages plus loin vous écrivez : « L'anes- » thésie poussée jusqu'à la résolution est nécessaire pour se débarras- » ser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte dans » l'accomplissement de certains actes chirurgicaux. »

Il y a là évidemment, suivant moi, une contradiction flagrante, et je la soumets au bon esprit de M. Robert.

M. Robert. Lorsque j'ai accepté la comparaison faite par M. Chassaignac, c'est parce que je la trouvais d'une excessive justesse. Comme les chemins de fer, le chloroforme comporte avec lui sa somme de danger; et si, en agissant suivant toutes les règles, un malheur arrive pendant l'anesthésie, le chirurgien n'en peut être plus responsable que l'administration d'un chemin de fer n'est responsable des accidents qui ne peuvent être imputés à son incurie et à la négligence apportée dans l'application des précautions prescrites par la loi.

Si, dans ces conditions, on attaque l'administration, la justice l'absout ; c'est ce que nous voyons tous les jours. Et il y a quelques semaines, deux individus furent sur un chemin de fer victimes d'un accident que l'on n'avait pu ni prévoir ni prévenir; ils sont morts, et l'administration n'a pu être poursuivie. Je veux obtenir pour le chloroforme bien administré la même immunité.

Je n'ai pas voulu dsns mon travail m'occuper des questions de détail. Ainsi, pour les accouchements, je sais qu'un de nos collègues doit vous en parler dans quelques séances. Je n'ai eu l'intention que de traiter la question au point de vue général, de démontrer que le chloroforme bien administré peut tuer, et je crois y être arrivé incontestablement.

On me reproche des contradictions ; mais je ne puis accepter ce reproche. Ainsi, on me dit que je suis en contradiction avec M. Sédillot, qui ne veut pas, dit-on, pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution complète ; mais M. Deguise est dans l'erreur, car M. Sédillot est très explicite sur ce sujet. Ainsi, dans sa dernière publication, il n'admet pas d'abord que le chloroforme puisse tuer lorsqu'il est bien administré ; et pour que le but voulu soit atteint, il prescrit de pousser l'inhalation jusqu'à la résolution, ajoutant qu'en agissant autrement on pourrait courir le risque de voir le malade se sauver ensanglanté après avoir subi le commencement de l'opération. J'ai ajouté que je ne partageais pas tout entière l'opinion de M. Sédillot, et j'ai combattu quelques-unes de ses propositions.

Je me suis attaché surtout à fixer l'attention sur deux manières d'agir du chloroforme :

1° Apparition d'effets toxiques avant que le chloroforme ait déterminé les phénomènes physiologiques dans leur ordre habituel de succession ;

2° Succession régulière des phénomènes anesthésiques arrivant graduellement par l'abolition du sentiment à la résolution complète.

Cette seconde manière d'agir du chloroforme est celle que nous observons habituellement. La résolution que l'on obtient ainsi n'est sans doute pas sans dangers ; mais elle est indispensable dans certaines opérations, si l'on veut agir avec sécurité. Les individus morts par le chloroforme ne me paraissent pas avoir succombé par le fait de l'action progressive de l'agent anesthésique.

Si j'ai à l'appui de mon mémoire choisi un petit nombre de faits, c'est uniquement parce que j'ai trouvé les autres incomplets, ou peut-être attaquables au point de vue du mode d'application du chloroforme, ou enfin parce qu'il ne m'était pas suffisamment démontré que la mort eût dû être attribuée à l'emploi de cet agent. Je n'ai donc pris que les observations bien positives, bien faites, négligeant avec intention les autres.

M. Deguise dit qu'après la lecture de mon travail il s'attendait à me voir repousser le chloroforme ; mais cette exclusion est loin de ma pensée. A cet agent je reconnais d'immenses avantages, sans nier les dangers qu'il fait naître. Il est actuellement impossible d'y renoncer ; les malades vous en imposent l'usage, et l'on ne peut s'y soustraire. Pour l'employer, il faut s'entourer de précautions, et le champ des recherches reste ouvert. Pour les physiologistes, la question est belle à élucider : et aussi ne pourrait-on pas trouver dans certaines manières d'être des organes des contre-indications formelles? N'a-t-on pas remarqué, par exemple, que sur tous les individus morts par le chloroforme le cœur était flasque ? Ne serait-il pas possible de trouver dans un état particulier du cœur que révélerait l'auscultation une raison de ne pas appliquer les anesthésiques?

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

Séance du 29 juin 1853.

Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Présentation de malades.

M. Chassaignac présente un homme âgé d'une trentaine d'années, qui est affecté d'un hygroma de la bourse muqueuse anté-rotulienne gauche. La tumeur est très volumineuse et fluctuante. En l'examinant avec attention, on reconnaît qu'elle contient un corps étranger volumineux, dur, comme osseux et adhérent. M. Chassaignac, en signalant cette dernière particularité, demande si elle ne devient pas la source d'indications thérapeutiques spéciales. Doit-on se contenter d'une injection iodée et se comporter comme si ce corps n'existait pas, ou doit-on procéder à son ablation? Et, dans ce cas, à quel procédé faut-il avoir recours?

M. Huguier signale la rareté et l'intérêt de cette communication. Le traitement des hygromas est aussi simple que possible; et surtout avec les injections iodées, son succès est assuré. Mais dans ce cas particulier on devra adopter un traitement plus complexe.

Si, dit M. Huguier, ce malade, qui est rouleur, exerçait une autre profession dans laquelle il ne fût pas dans la nécessité de se servir de son genou comme point d'appui lorsqu'il descend des tonneaux pesants dans des escaliers de cave, je serais disposé à me contenter de la ponction et de l'injection iodée. Mais dans ce cas particulier, comme on doit s'efforcer de rendre au malade l'usage absolu de son membre, il faut nécessairement extraire le corps étranger. Pour cette opération, il convient d'opérer en deux temps, incisant d'abord la bourse muqueuse dans une étendue médiocre, puis, huit ou dix jours après, en prolongeant cette première incision, on arrive à enlever le corps étranger.

M. Guersant parle dans le même sens que M. Huguier. Il est d'avis d'enlever le corps étranger et de pratiquer l'opération en plusieurs temps.

— M. Duménil, interne de M. Cazenave, présente un malade qui, à la suite d'une lésion traumatique de l'aorte, offre des altérations très remarquables de la cuisse et de la jambe; altérations qui avaient été considérées comme produites par un éléphantiasis.

L'observation détaillée est déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Demarquay et Gosselin.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° Différents journaux de médecine.

2° M. Guersant a reçu pour la Société, de la part du ministre de l'instruction publique, les publications suivantes :

Recueil des publications de la Société havraise. Etudes diverses des 18e et 19e années (1850 à 1852) ;

Réfutation d'un compte-rendu, par M. le secrétaire de la Société d'études diverses du Havre, d'une communication faite à cette Société il y a plusieurs années, et démontrant qu'un parallélipipède homogène flottant serait, quoique parfaitement symétrique, contraint, par les lois de l'équilibre, à un mouvement de rotation, si le rapport entre sa densité et celle du liquide qui le porte subissait certaines variations alternatives et constantes (remercîments) ;

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications; par M. Yvonneau, médecin des épidémies et membre du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, etc. ;

De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique; par Henri Hahn, médecin de l'hospice Joséphin, à Aix-la-Chapelle, etc.

3° M. Ricord adresse :

1° Son *Traité complet des maladies vénériennes*, ou *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*. 1851 ;

2° Son *Traité pratique des maladies vénériennes.* 1838. (Remercîments.)

— A propos de la correspondance, M. Marjolin annonce qu'il a reçu la nouvelle officielle de la mort de M. Pravaz, qui a succombé aux suites d'une congestion cérébrale.

— M. Larrey a reçu de M. Gély une note manuscrite dont il donne lecture. Cette note est relative à un nouveau mode de courbure à imprimer aux sondes pour rendre le cathétérisme plus facile chez les vieillards. (Renvoyé à l'examen de M. Robert.)

Lecture.

M. Reybard (de Lyon) donne lecture d'un chapitre inédit de son livre sur les affections de l'urètre.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

A propos du procès-verbal, M. Deguise revient sur quelques obser-

vations qu'il a adressées à M. Robert relativement à la manière dont sont reproduites les idées professées par M. Sédillot.

M. Robert répond en quelques mots que ce qu'il a reproduit dans son rapport est emprunté à la dernière publication de ce chirurgien.

M. Robert annonce en outre que pour simplifier et rendre plus fructueuse la discussion entamée, il se propose de ne répondre que lorsque toutes les objections lui auront été soumises par ses collègues. Il invite les orateurs à poser autant que possible des conclusions précises qui puissent servir de point de départ à la réfutation.

M. Chassaignac prend la parole en ces termes :

Messieurs, le rapport que nous a lu M. Robert dans l'une des dernières séances est une œuvre sérieuse. La Société de chirurgie doit la discuter sérieusement. Elle le doit, non-seulement comme témoignage de considération et d'estime pour le travail que soumet à son examen l'un de ses membres, mais encore parce qu'il s'agit d'une haute question de pratique, d'une question sur laquelle se concentre un grand intérêt d'actualité, d'un problème à l'égard duquel des solutions sont attendues avec impatience par tout le corps médical.

Avant d'entrer dans cette discussion, je me suis demandé jusqu'à quel point il était possible de discuter les faits eux-mêmes, et les divers éléments de ces faits, sans porter ombrage aux personnes, sans leur porter préjudice dans des choses que nous ne saurions trop respecter, la considération et les intérêts professionnels de confrères justement estimés.

Je déclare donc hautement que je n'entends me permettre de blâmer la conduite d'aucun de mes confrères dans les faits relatifs au chloroforme. Je puis bien dire, ce me semble, que telle ou telle pratique particulière n'a pas mon approbation ; mais de là à qualifier de fautes les actes émanés d'une conviction différente de la mienne, il y a loin, et je m'empresse de déclarer que dans le fait qui sert d'origine à cette discussion la conduite du praticien est au-dessus de tout reproche, et je dirais même que dans les onze à douze cents inhalations que j'ai pratiquées jusqu'ici il en est bien peu qui l'aient été avec autant de prudence et d'attention que dans le fait de l'honorable M. Vallet (d'Orléans).

Quand fait-on une faute en pratique ? C'est apparemment quand on se met en opposition volontaire et systématique avec quelques-uns de ces principes qui ont reçu la double sanction de l'expérience et du temps, qui sont depuis longtemps consacrés par l'universel assentiment des praticiens éclairés. Mais les principes de l'anesthésie ? Ils sont nés d'hier. Ils se cherchent encore, ils ne se dégagent qu'avec peine et un

à un des observations que chaque jour amène, empruntant leurs éléments à l'étude des malheurs mêmes que l'anesthésie peut enfanter.

Mais autant nous avons de ménagements à garder dans tout ce qui touche à l'honneur et à la tranquillité de nos confrères, autant nous devons avoir de liberté et d'indépendance dans la discussion des principes.

Le fait capital du rapport de M. Robert, celui qui a dicté les conclusions de son travail, celui sur lequel il nous importe le plus de nous faire une opinion motivée, c'est celui-ci : la mort subite qui survient par l'inhalation du chloroforme est le résultat d'une idiosyncrasie que rien ne peut faire prévoir et dont rien ne peut arrêter les effets.

Cette doctrine, qui repose sur l'idée d'une idiosyncrasie, c'est-à-dire de ce qu'il y a de plus insaisissable, de plus imprévu, de plus irrémédiable, permettez-moi de l'appeler la doctrine du *quid ignotum*.

A côté de cette doctrine s'en élève une autre que j'appellerai la doctrine des *causes connues*, parce qu'elle repose, suivant moi, sur des faits antérieurs de l'ordre physiologique et pathologique, sur des phénomènes connus dans leurs causes, dans leur mécanisme et dans leurs moyens de traitement.

Si je ne consultais que l'impression favorable dont on ne peut se défendre à la lecture d'un travail aussi recommandable que celui de M. Robert, travail que je considère comme un modèle de bonne discussion académique, je n'aurais à donner au rapport et à ses conclusions qu'une approbation pleine et entière.

Mais le lendemain de cet assentiment sans réserve, je rentre dans un service d'hôpital; je retourne auprès des malades qui, dans la pratique particulière, peuvent m'accorder leur confiance.

J'y retourne poursuivi par un sentiment de défiance et d'inquiétude. Je ne puis me soustraire au souvenir de ces paroles fatales : que je vais poser la question de vie et de mort, que je suis menacé par un *quid ignotum*, une idiosyncrasie, un je ne sais quoi ! En face de chaque malade que je vais anesthésier, je me dis : Il y va de la vie de cet homme, et je sais, toujours d'après le rapport, que si la chance tourne mal, l'art ne me donne aucun moyen d'enrayer les accidents.

Cette situation, messieurs, est intolérable; elle ne nous laisse aucune sécurité; elle met chaque jour en question, et sur un coup de dés, notre repos, notre réputation ; elle porte le trouble dans les âmes les plus fermes, dans les consciences les mieux éprouvées; elle nous porte invinciblement à restreindre l'emploi du chloroforme aux cas où il nous est pour ainsi dire imposé malgré nous.

Si telle était pourtant la fatalité des choses, il faudrait bien s'incliner

devant l'évidence, et ce serait à nous de voir si, pour épargner de la douleur aux malades, si pour assurer la réussite plus prompte et plus complète de certaines opérations, nous devons les exposer eux et nous aux conséquences dangereuses de l'anesthésie. Nous avons donc à examiner ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette doctrine, et notre position nous oblige à le faire avec un soin scrupuleux.

Nous avons à nous occuper de deux questions :

1° Est-il nécessaire de recourir à l'existence d'une idiosyncrasie pour se rendre compte des morts subites observées pendant l'emploi du chloroforme?

2° Les cas de mort peuvent-ils s'expliquer par l'intervention de phénomènes connus, tels que la syncope, l'asphyxie, la suspension ou la perturbation de l'action nerveuse?

La première question se résout pour nous par la négative. Non, il n'y a pas une idiosyncrasie anesthésique, à moins qu'on ne prenne ce mot dans une acception inconnue jusqu'ici ; car, suivant la judicieuse remarque de M. Robert lui-même, l'état particulier dont il parle peut se développer d'une éthérisation à l'autre, et jamais dans le langage médical exact le mot idiosyncrasie n'a été appliqué à pareille disposition. C'est quelque chose de moins capricieux, de plus stable, de plus étroitement lié à la constitution du sujet ; c'est une cause qui reproduit toujours ses mêmes effets dans les mêmes conditions, qui n'existe pas aujourd'hui pour disparaître demain. Le *quid ignotum* n'est donc pas une idiosyncrasie.

Si ce n'est pas une idiosyncrasie, qu'est-ce donc ?

C'est une syncope ou une asphyxie chez un sujet dont le système nerveux vient d'être mis par le chloroforme en dehors de ses conditions ordinaires et de sa spontanéité normale. C'est chose très fâcheuse, très dangereuse même, mais ce n'est ni inévitable ni irrémédiable.

On me demande sur quoi je fonde cette opinion : je réponds que c'est sur l'analyse rigoureuse des faits, et je donne immédiatement mes preuves tirées de tous ceux sur lesquels j'ai pu me procurer quelques renseignements.

J'ai réuni 47 observations, et il n'en est pas une où je ne trouve quelque dérogation à des principes que je crois utiles et préservateurs dans la pratique de l'anesthésie.

Ici j'ai besoin d'entrer dans quelques détails sur le mode d'administration du chloroforme.

Je vois, par exemple, que dans la grande majorité des quarante-sept cas dont je vous parle l'inhalation a été pratiquée au moyen d'un linge

(mouchoirs, serviettes, compresses, bourdonnet, etc.). Eh bien ! cette pratique ne donne pas, selon moi, une sécurité suffisante contre l'asphyxie. Elle se prête d'une manière trop variable au libre accès de l'air, qui, suivant le principe posé par M. Sédillot, est une condition en quelque sorte obligatoire. Ces corps flottants jouent trop facilement le rôle de soupape, et, s'ils viennent à se coller sur les orifices naturels, plus d'aspirations de l'air, inspiration exclusive de la vapeur anesthésique, asphyxie complète. Une expérience bien simple peut être faite à ce sujet, c'est celle qui consiste à respirer pendant qu'on est couché horizontalement la bouche largement ouverte sous un linge mouillé. On voit bien vite qu'à chaque inspiration le linge s'applique en manière de soupape sur l'orifice buccal et ne laisse passer l'air qu'avec difficulté.

Dans un certain nombre des quarante-sept cas, je vois que l'anesthésie a été pratiquée dans la position assise ; ici ce n'est plus à l'asphyxie, c'est à la syncope que nous avons affaire ; en effet, l'expérience de tous les jours ne nous apprend-elle pas que la position horizontale est le plus sûr moyen d'éviter la syncope et de la faire cesser quand elle existe. Est-il besoin de rappeler à ceux qui douteraient du rôle de la position assise comme cause de syncope que la position assise est tout juste la moitié de la position debout ? et faut-il ajouter, enfin, que l'attitude verticale pendant l'anesthésie serait une cause presque assurée de syncope ?

Chez d'autres malades faisant partie de la série des quarante-sept cas, il est survenu, peu de temps avant la mort, des mouvements désordonnés et violents, que je considère comme très dangereux, en ce qu'ils préparent une syncope, et ils la préparent par le changement de position, qui convertit la position horizontale en attitude assise ou debout. — J'établirais donc volontiers, pour règle, qu'il ne faut point pratiquer l'anesthésie quand on n'a pas un nombre d'aides suffisant pour maintenir d'une manière assurée l'immobilité ; et si, malgré ces précautions, il se produit de grands mouvements du tronc, on doit suspendre l'inhalation pour ne la reprendre qu'après le retour du calme.

3° Quelques malades ont subi l'inhalation dans des lieux où le nombre des personnes présentes et le défaut de ventilation ne permettaient pas le renouvellement en quantité suffisante d'un air parfaitement respirable. Qu'on se demande, à ce sujet, ce qui arriverait si l'on pratiquait l'éthérisation dans une cave, et, d'autre part, ce que l'on fait aussitôt qu'une personne se trouve mal dans une réunion ; ne s'empresse-t-on pas d'ouvrir les croisées, ou de porter le malade au grand air ?

4° Je vois encore que parmi mes quarante-sept cas se trouvent des sujets dont le pouls n'a pas été consulté à tous les moments de l'anesthésie ; dès lors on n'a pas été averti assez promptement de l'imminence de la syncope : elle eût été signalée par l'affaiblissement du pouls, elle n'était qu'imminente ; on aurait pu peut-être y porter remède : quelques émanations de plus, et cette syncope est devenue irrémédiable.

J'ajouterai enfin que, parmi les quarante-sept cas, il s'en trouve dans lesquels le chloroforme a été administré par des personnes étrangères à la médecine. Enfin, dans certains cas, il y avait lésion organique du cœur ou des poumons. Ce ne sont pas des cas de ce genre qui ont été mentionnés par M. Robert; mais si l'on tient pour être de quelque valeur les conditions dont nous avons précédemment parlé, je vois que dans les sept observations mentionnées par notre honorable collègue il n'y en a qu'une seule dans laquelle l'inhalation ait été faite par le moyen de l'éponge. Je me trompe, il y en a deux ; mais l'éponge étant recouverte dans un cas par une vessie ou une toile cirée, je trouve cette dernière condition encore plus défavorable, attendu que si le mouchoir laisse passer très peu de chose, la toile cirée ne laisse rien passer du tout. Je vois encore que, parmi ces sept cas, il en est quatre dans lesquels les malades étaient assis, et enfin trois dans lesquels ont eu lieu ces mouvements désordonnés, préparateurs de la syncope. Il me suffit de rappeler Mmes Simon et Labrune, et ce jeune homme qui, après avoir échappé aux aides, périt sous leurs yeux au moment où ils parviennent à le remettre en position.

Je voudrais donc, avant d'admettre l'existence d'une idiosyncrasie, que, pour justifier l'opinion de M. Robert, on présentât un nombre d'observations suffisant pour motiver des conclusions générales, et dans lesquelles toutes les conditions que je vais énumérer ayant été scrupuleusement observées, la mort subite aurait eu lieu ; jusque-là je maintiendrai pour vraies les propositions suivantes, qui n'ont pas le même caractère de fatalité que celles de M. Robert :

1° La respiration du chloroforme rend très dangereuses les asphyxies et les syncopes qui surviennent pendant l'action anesthésique.

2° Il faut tout faire pour éviter l'asphyxie et la syncope pendant l'anesthésie.

3° L'art parvient, dans l'immense majorité des cas, à prévenir les syncopes et asphyxies anesthésiques par l'emploi des moyens suivants :

1. Chloroforme pur ;

2. Position horizontale ;

3. Accès facile de l'air en même temps que des vapeurs de chloroforme ;

4. Empêchement apporté à tout grand mouvement du corps;

5. Surveillance incessante du pouls à tous les moments de l'inhalation;

6. Suspension immédiate de l'inhalation dès que le collapsus commence;

7. Constatation, toutes les fois qu'elle est possible, de lésions antérieures des appareils nerveux respiratoires et circulatoires;

8. Comme moyens de ramener le sujet à sa spontanéité, ceux qui ont été opposés de tout temps à la syncope et à l'asphyxie, mais particulièrement l'attouchement du fond de la gorge seulement dans le cas particulier, il faut demander beaucoup aux moyens préventifs et attendre très peu des moyens curatifs proprement dits.

Un mot encore pour protester contre la cinquième conclusion de M. Robert, que *l'art né possède aucun moyen d'enrayer les accidents.* Ce mot sera un fait, un fait qui a eu pour témoins plusieurs internes distingués, MM. Buquoy, Marcé et Codet. Je pratiquais, chez un jeune homme très affaibli, la résection du premier métatarsien atteint de carie. L'ablation faite, je m'aperçois que le premier cunéiforme, qui extérieurement paraissait entièrement sain, est lui-même affecté de carie au centre de sa surface articulaire. J'en entreprends sur-le-champ l'ablation, qui constitue une désarticulation extrêmement laborieuse. Tout à coup un des assistants s'écrie que le pouls a cessé de battre. Me rappelant le conseil donné par M. Monod de stimuler le fond de la gorge, je veux réveiller par ce moyen les mouvements vitaux arrêtés; mais les dents sont serrées (je n'aurais pu faire ni l'insufflation bouche à bouche, ni l'attouchement du fond de la gorge par l'ammoniaque, que je considère du reste comme une cause de constriction pour la glotte). Je saisis une forte spatule; j'écarte de force les os maxillaires, et je plonge le doigt dans le fond de la gorge: quelques indices du retour à la spontanéité vitale se manifestent; je reprends mon opération, que je complète. Le malade a parfaitement guéri: je l'ai montré à plusieurs des membres de cette Société.

M. Ricord. En prenant la parole dans cette discussion, mon intention est simplement de vous entretenir de faits particuliers qui vous paraîtront peut-être mériter un intérêt spécial.

Cependant, avant d'entrer en matière, permettez-moi de dire quelques mots sur l'appréciation de la gravité que comporte avec lui l'emploi du chloroforme. Oui, à n'en pas douter, il s'agit pour le patient d'une question de vie et de mort; seulement, les chances mauvaises sont bien moindres que ne le dit M. Robert, tout en étant plus nombreuses que M. Chassaignac ne semble l'admettre. Aussi, en ap-

préciant le nombre considérable de faits qui me sont personnels, et dans lesquels je n'ai jamais perdu de malade, je me résume sur cette question en disant que je serais moins craintif que M. Robert et plus réservé que M. Chassaignac.

Ceci dit, j'arrive à la possibilité de combattre les accidents, que l'on veut considérer comme étant au-dessus des ressources de l'art.

Déjà quatre fois je me suis trouvé en face d'accidents aussi graves que possible ; rien ne manquait comme signes apparents de la mort, et cependant j'ai pu conjurer cette mort imminente.

Dans ces quatre cas je m'étais servi de l'éponge, les malades avaient été maintenus couchés; cette précaution, je ne m'en écarte jamais, car je pense que la mort survient par syncope, et la position horizontale me paraît la meilleure pour la conjurer. Les malades respiraient librement; il ne manquait, en un mot, aucune de ces précautions que rappelait M. Chassaignac, et c'est dans ces conditions que sont survenus les accidents.

Quant aux mouvements désordonnés des malades, on ne saurait les empêcher; c'est une conséquence presque forcée de l'anesthésie pendant les premières périodes de l'inhalation. Jamais, du reste, cette véritable lutte que soutiennent certains malades n'a été suivie d'accidents. Ainsi, aucun de mes quatre malades n'avait présenté cette extrême agitation.

Sur tous les opérés, je fais constamment observer l'état du pouls, et je ne saurais partager l'idée des physiologistes qui pensent que, lorsque la mort doit survenir, elle s'annonce par des modifications graduelles du pouls. Il n'en est rien : les pulsations s'arrêtent brusquement et sans transition; les malades sont foudroyés. Pourquoi? Y a-t-il, comme le dit M. Robert, une idiosyncrasie? mot, du reste, que notre collègue n'entend sans doute pas dans son acception médicale ordinaire. Rien ne peut être précisé, car il est quant à présent impossible de dire *à priori* si le malade doit être en danger par le fait du chloroforme. Il est bien entendu que nous faisons abstraction de ces cas particuliers qui sont compliqués d'une lésion organique, surtout portant sur l'appareil de la circulation et de la respiration.

Il faut donc admettre une disposition particulière, ou, pour nous servir de l'expression de M. Robert, en la modifiant légèrement, une idiosyncrasie momentanée.

Venons maintenant aux faits que j'ai observés.

Dans deux cas il s'agissait de faire une circoncision, dans un autre cas une castration, et enfin dans le dernier, relatif à une femme jeune et bien portante, du reste, je procédais à l'excision de végétations si-

tuées sur le vagin. Nous rapportons brièvement cette dernière observation.

Une jeune femme présentait des végétations à l'entrée du vagin. La malade ne voulut les laisser exciser qu'à la condition d'être rendue insensible. Je n'y consentis qu'avec peine, et sur les instances de cette dame et de son mari. A peine avait-on obtenu l'anesthésie, ce qui fut prompt et facile; lorsque déjà une des végétations avait été emportée, tout à coup la malade cessa de respirer; le pouls était devenu nul. Il y eut relâchement de tous les sphincters; à l'auscultation aucune trace de battements du cœur; c'était un cadavre. Immédiatement j'eus l'idée de pratiquer une insufflation bouche à bouche. Aussitôt tout accident cessa, et cessa sans les transitions habituelles qu'on remarque chez les malades qui reviennent peu à peu dans leur état normal lorsque se dissipent les effets des anesthésiques.

Le deuxième malade subissait l'opération de la circoncision; tout allait parfaitement bien, lorsque l'aide qui était chargé de suivre l'état du pouls me dit qu'il n'y avait plus de pulsations. Je trouvais les mêmes apparences, les mêmes symptômes notés dans ma première observation; de même je pratiquai l'insufflation bouche à bouche, et le retour à la vie fut aussi instantané, aussi complet.

Mes deux autres opérés présentèrent exactement les mêmes accidents, et de même aussi l'insufflation les fit revivre.

Ainsi, sur ces quatre malades aussi morts que possible, moins la continuité, quatre fois j'ai réussi, et réussi aussi sûrement et aussi rapidement. Comment l'air ainsi insufflé a-t-il agi? par où s'est il introduit? Peu importe l'explication; les faits restent.

Dans tout ce que j'ai dit, messieurs, je n'ai rien ajouté, je n'ai pas cherché à colorer mon récit; je vous ai rigoureusement exposé les faits.

Le moyen que je propose est simple, il est à la portée de tous, et il n'a jamais été employé, que je sache. Ainsi, je demanderai à M. Robert si on a jamais rien fait de pareil? Je sais que dans deux ou trois cas on a essayé des insufflations, portées même jusque dans le larynx, mais jamais on n'a immédiatement et avant tout autre traitement, essayé de l'insufflation comme je la pratique. Il ne faut pas arriver trop tard, car alors on vient après le dernier souffle du malade, et je veux que mon souffle soit l'avant-dernier. C'est donc au moment même de la sidération qu'il faut agir. Tant que cette pratique n'aura pas été essayée sans être suivie de succès, j'aurai pour elle la plus grande prédilection, et je la croirai souveraine.

Le secrétaire de la Société, A. Laborie.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.